

PROTOCOLO

HUAB- UFRN/EBSERH

MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (HPP)

Versão: 01 | 2025



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Sumário

1. OBJETIVOS.....	3
1.1 Objetivo Geral	3
1.2 Objetivos Específicos.....	3
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	3
4. INTRODUÇÃO	6
4.1 Classificação	7
4.2 Prevalência.....	7
4.3 Hora de Ouro da Hemorragia Pós Parto	8
4.4 Fatores de Risco	8
4.5 Estratificação de Risco durante a internação.....	8
4.6 Condutas preventivas baseadas na estratificação de risco para HPP.....	9
4.7 Diagnóstico.....	10
4.8 Parâmetros para estimativa de perda sanguínea na HPP.....	11
4.8.1 Estimativa clínica através do Índice de Choque (IC)	11
4.8.2 Estimativa visual de perda sanguínea	12
4.8.3 Estimativa por meio de pesagem de compressas.....	12
4.8.4 Correlação do grau de choque, sinais vitais, índice de choque e necessidade transfusional	13
4.9 Tratamento	14
4.9.1 Tratamento medicamentoso	14
4.9.2 Tratamento invasivo não cirúrgico	15
4.9.3 Tratamento cirúrgico	17
4.9.4 Ressuscitação hemostática	17
5. PROTOCOLO E-MOTIVE e redução das hemorragias pós parto (OMS)	19
6. REFERÊNCIAS.....	22
7. APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO	23
8. ANEXO A – COMPOSIÇÃO DA CAIXA DE HEMORRAGIA PÓS PARTO (HPP).....	25
9. ANEXO B – PASSOS PARA ACESSO AO CURSO ONLINE	25
10. HISTÓRICO DE REVISÃO	26
11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	26

1. OBJETIVO

1.1 Objetivo Geral:

Implantar o protocolo de hemorragias no pós-parto no Hospital Universitário Ana Bezerra/ EBSERH/ UFRN dentro das normas técnicas atualmente em vigor pelo Ministério da saúde e recomendações da OMS, com o objetivo de qualificar a equipe assistencial e normatizar a assistência prestada a gestante e puérpera nesta intercorrência obstétrica.

1.2 Objetivos Específicos:

Assegurar um atendimento sistemático e efetivo, utilizado por toda a equipe assistencial, garantindo melhor assistência à parturiente / puérpera;

Implantar a Ficha de Estratificação, Prevenção, Diagnóstico e Manejo da Hemorragia Pós-parto.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critério de inclusão - Todas as pacientes que tiverem parto normal ou cesariana no hospital Universitário Ana Bezerra HUAB/EBSERH/UFRN.

Critério de exclusão – Pacientes gestantes internadas em tratamento clínico e pacientes internados na pediatria e UTI neonatal.

3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Embora o manejo adequado da hemorragia pós-parto possa reduzir significativamente a morbidade e mortalidade associadas a essa complicação, é essencial reconhecer que a prevenção e o tratamento eficaz exigem uma abordagem interdisciplinar e colaborativa envolvendo obstetras, parteiras, anestesiológicas, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

O treinamento da equipe e a formação de um ambiente hospitalar organizado, favorecem o sucesso do tratamento, que deverá ter como foco a causa da hemorragia. Portanto, uma equipe multiprofissional composta por recepcionistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, residentes, colaboradores do setor de farmácia e laboratório devem ser inseridos no processo focado em habilidades técnicas, rotinas, boa interação em equipe, garantindo agilidade, boa comunicação, discrição e eficiência.

RECEPCIONISTA

Incluir o formulário de manejo da Hemorragia pós-parto no prontuário de internamento de assistência ao Parto Normal ou Parto Cesariana.

ENFERMEIROS

Na internação:

O enfermeiro do ACR deverá iniciar o preenchimento do FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (APÊNDICE A) realizando a estratificação do risco para HPP, sinalizando a mulher de alto risco hemorrágico com uma pulseira vermelha no membro superior esquerdo (contrário da pulseira de internação);

Para mulheres de médio e alto risco, o Enfermeiro do ACR deverá atentar para condutas preventivas para o risco estratificado e checar no FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (APÊNDICE A). Assinar estratificação de risco hemorrágico;

Observar condutas preventivas, conforme risco hemorrágico;

Na assistência ao parto/ pós parto:

O enfermeiro do PPP/CPN/ Bloco Cirúrgico dará seguimento ao preenchimento do formulário nas condutas preventivas;

Realizar planejamento do cuidado baseado no risco: disponibilizar kit de hemorragia em sala de assistência ao parto;

Se FC > 100 bpm ou PAS < 90, comunicar enfermeiro e calcular o ÍNDICE de CHOQUE;

Avaliar presença do Globo de Segurança de Pinard: a sua ausência pode sugerir hipotonia uterina;

Estimar gravidade da perda inicial através dos sinais vitais, índice de choque e/ou perda sanguínea);

Realizar estimativa visual OU pesagem de compressas para avaliar perda sanguínea baseada no protocolo e registrar no verso do formulário (item E do E-MOTIVE)

Nos casos de hemorragia, acionar equipe e adotar todas as medidas para manejo da HPP;

Comunicar paciente sobre medidas de tratamento;

Avaliação rápida da causa da hemorragia (4T);

Providenciar exames: Hb/ Ht e tipagem sanguínea com reserva de 02 concentrados de hemácias (se ainda não tiver sido realizado) e notificar urgência na solicitação para ciência do laboratório;

Atuar em equipe no manejo de tratamento durante toda a assistência e seguir com observação rigorosa conforme protocolo;

Providenciar transferência para Bloco Cirúrgico quando houver solicitação médica;

Após estabilização do quadro, realizar solicitação via sistema AGHUX dos materiais que foram utilizados durante assistência;

Registrar evolução de enfermagem do sistema AGHUX.

TÉCNICOS EM ENFERMAGEM

Checar disponibilidade de ocitocina em geladeira, em temperatura adequada;

Na assistência ao parto vaginal, administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o nascimento e antes do clampeamento do cordão umbilical;

Avaliar presença do Globo de Segurança de Pinard: a sua ausência pode sugerir hipotonia uterina

Preencher o gráfico de monitoramento pós parto (vaginal ou cesariana) com registro de sinais vitais de 15/15 minutos e cálculo de escore de MEOWS na 1ª hora pós parto. Registrar sinais vitais de 30/30 minutos na segunda hora;

Se FC > 100 bpm ou PAS < 90, comunicar enfermeiro;

Realizar estimativa visual da perda sanguínea baseada no protocolo.

NO BLOCO CIRÚRGICO: será necessário a pesagem das compressas (descontando o peso das compressas secas) para estimativa da perda sanguínea. Se não for possível, fazer a estimativa visual baseada no protocolo.

Estimar gravidade da perda inicial através dos sinais vitais, índice de choque e/ou perda sanguínea);

Realizar estimativa visual da perda sanguínea baseada no protocolo;

Nos casos de hemorragia, acionar equipe e adotar todas as medidas para manejo da HPP;

Comunicar paciente sobre medidas de tratamento;

Preparar medicação conforme protocolo de HPP;

Puncionar 02 acessos venosos periféricos calibrosos;

Coletar exames: Hb/ Ht e tipagem sanguínea com reserva de 02 concentrados de hemácias (se ainda não tiver sido realizado);

Auxiliar no manejo de tratamento durante toda a assistência e seguir com observação rigorosa conforme protocolo;

Providenciar transferência para Bloco Cirúrgico, quando houver solicitação médica;

Após estabilização do quadro, solicitar via sistema AGHUX dos materiais que foram utilizados durante assistência e solicitar reposição da caixa de hemorragia pela farmácia, assim como, realizar reposição dos itens sob a responsabilidade da equipe assistencial;

Registrar anotação de enfermagem do sistema AGHUX.

MÉDICO OBSTETRA/ RESIDENTE MÉDICO

Identificar pacientes com sangramento fora do padrão habitual ou com instabilidade hemodinâmica;

Estimar gravidade da perda inicial através dos sinais vitais, índice de choque e/ou perda sanguínea);

Nos casos de hemorragia, acionar equipe e adotar todas as medidas iniciais para manejo da HPP;

Comunicar paciente sobre medidas de tratamento;

Avaliação rápida da causa da hemorragia (4T);

Solicitar exames: Hb/ Ht e tipagem sanguínea com reserva de 02 concentrados de hemácias (se ainda não tiver sido realizado) e notificar urgência na solicitação para ciência do laboratório;

Atuar em equipe no manejo de tratamento durante toda a assistência e seguir com observação rigorosa conforme protocolo;

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);

Conduzir manejo de acordo com a causa da hemorragia;

Transferir paciente para bloco cirúrgico, quando houver indicação;

Prescrever tratamento/medicações utilizadas no sistema AGHUX;
Preencher o receituário de controle especial do MISOPROSTOL, quando utilizado;
Solicitar reserva de hemoderivados;
Solicitar apoio do anestesiologista, quando necessário;
Prescrever transfusão de hemocomponentes;
Registrar evolução médica do sistema AGHUX.

FARMÁCIA

Reabastecer a caixa de Hemorragia Pós-parto (HPP) com materiais médico-hospitalares e medicamentos utilizados no manejo da HPP conforme POP.UFCD.018-versão 2

LABORATÓRIO

Diante do recebimento do aviso de urgência por hemorragia pós parto, dar prioridade absoluta na realização imediata dos exames solicitados.

4. INTRODUÇÃO

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é definida, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a perda de >500 mL no parto vaginal ou de >1000 mL na cesárea, ou qualquer perda sanguínea que leve à instabilidade hemodinâmica, nas primeiras 24 horas pós-parto.

A Hemorragia pós parto Maciça é caracterizada por sangramentos superiores a 2.000 mL/24 h ou que necessitam de transfusão mínima de 1.200 mL (4 unidades de concentrado de hemácias), ou resultem na queda de hemoglobina igual ou superior a 4 g/dL, ou, ainda, que sejam capazes de provocar distúrbios de coagulação (FEBRASGO, 2021).

A HPP é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países de baixa renda e contribui para a morbidade materna grave, incapacidade prolongada e várias outras condições maternas graves associadas à perda de sangue, como choque e disfunção orgânica. No Brasil, é a segunda causa de morte materna.

As causas da mortalidade materna dividem-se em:

- Causas obstétricas diretas: são as resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões ou tratamento incorreto.
- Causas obstétricas indiretas: são as que resultam de uma doença prévia da mãe ou desenvolvida durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Evidências sugerem que embora a maioria dos partos no Brasil aconteça em instituições de saúde que possuem tecnologia para atendimento aos casos de HPP, bem como políticas públicas de assistência à puérpera, o país tem um longo caminho para reverter os casos de morte materna por HPP, evidenciando a necessidade de aprimoramento dos protocolos de manejo do agravo, bem como ações que garantam o bem-estar materno no período pós-parto. (COSTA et al, 2021)

4.1 Classificação

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) classifica a HPP como:

PRIMÁRIA

É quando o sangramento acontece nas primeiras 24 horas após o parto. Causada especialmente pela atonia uterina (80%), retenção placentária (acretismo), distúrbio de coagulação, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto. Acontece em 4 a 6% de todas as gestações.

SECUNDÁRIA

É quando ocorre após as 24 horas e até seis a doze semanas após o parto. Acontece, principalmente, nas primeiras duas semanas após nascimento. Causada por retenção de restos placentários, erros de coagulação hereditários, infecção puerperal ou doença trofoblástica gestacional.

A maioria dos óbitos por HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto, o que pode ser evitado por meio da administração de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e da assistência adequada em tempo hábil (QUIJADA, 2017).

4.2 Prevalência

A HPP é responsável por 25% de todas as mortes maternas registradas no planeta. A HPP foi responsável por 41% das mortes maternas por hemorragia, no Brasil, no período entre 1997 e 2009, estando, juntamente com o descolamento prematuro de placenta (DPP), entre as duas principais causas de morte materna por hemorragia (SOUZA et al., 2013). Entre esses óbitos, 45% incidem nas primeiras 24h pós-parto.

4.3 HORA DE OURO na hemorragia pós-parto

O objetivo principal na hemorragia puerperal é garantir que o sangramento esteja controlado e que a paciente se recupere do choque em até 60 minutos após o diagnóstico - a chamada “Hora de Ouro”, em que a sobrevivência é inversamente proporcional ao tempo que a paciente leva para se recuperar do quadro. (OPAS, 2018).

É uma estratégia de controle para evitar complicações maternas graves, como o choque hipovolêmico. A partir desta abordagem precoce, sistematizada por meio de protocolo adequado, é possível evitar a hipotermia, a acidose e a coagulopatia, considerada a tríade letal do choque hemorrágico.

4.4 Fatores de risco

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

Os fatores de risco reconhecidos são:

Anteparto	Intraparto
- História pregressa de HPP - Distensão uterina (Gemelar, polidrânio, macrosomia) - Distúrbios de coagulação - Placentação anormal (acreta, prévia) - Grande múltipara (> 4 partos vaginais ou ≥ 3 partos cesarianas) - Uso de anticoagulantes - Pré-eclâmpsia - Anemia prévia - Primeiro filho após os 40 anos	Trabalho de parto prolongado Trabalho de parto taquitócico Laceração vaginal de 3º/4º graus Prolongamento de episiotomia Placentação anormal (acreta, prévia) Descolamento Prematuro de Placenta Parto induzido Corioamnionite Parada de progressão do polo cefálico Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

4.5 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO durante a internação

Todas as gestantes atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB/UFRN/EBSERH para assistência ao parto deverão ser estratificadas quanto ao risco de HPP para nortear a conduta. O quadro abaixo mostra a estratificação de risco para hemorragia puerperal, bem como a conduta preventiva a ser tomada conforme tal classificação.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS PARTO		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Ausência de cicatriz uterina Gravidez única ≤ 3 partos vaginais prévios Ausência de distúrbio de coagulação Sem história de HPP	Cesariana ou cirurgia uterina prévia Pré-eclâmpsia leve Hipertensão gestacional Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia fetal) ≥ 4 partos vaginais Corioamnionite História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica Obesidade materna (IMC > 35kg/m2) Indução do parto	Placenta prévia ou de inserção baixa Acretismo Placentário Descolamento prematuro de placenta Pré-eclâmpsia Grave Plaquetas < 100.000/mm3 Hematócrito < 30% + fatores de risco Sangramento ativo à admissão Coagulopatias Uso de anticoagulantes PRESENÇA DE ≥ 2 FATORES DE MÉDIO RISCO

Fonte: Adaptado de Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto, 2018 e Protocolo FEBRASGO – Hemorragia puerperal, 2021.

4.6 CONDUTAS PREVENTIVAS baseadas na estratificação de risco para HPP

Segundo recomendação da OMS, métodos de prevenção devem ser adotados para reduzir HPP por atonia uterina em todas as mulheres submetidas a parto normal ou cesariana. O principal deles, consiste no manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto.

CONDUTAS PREVENTIVAS PARA O RISCO ESTRATIFICADO		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Manejo ativo do 3º período do parto 10 UI Ocitocina IM OU 5 UI de Ocitocina, em infusão lenta, por três minutos seguido de dose de manutenção (20 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de SF 0.9% a 125 ml/h) por 4 a 12 horas, em bomba de infusão contínua. Clampeamento oportuno do cordão umbilical Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	Identificação adequada do risco Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16- 18) Hemograma e tipagem sanguínea Manejo ativo do 3º período do parto 10 UI Ocitocina IM OU 5UI de Ocitocina em bolus EV e/ou 10 a 20U em 500ml de SF 0,9% a 30 gotas/min após a dequitação Clampeamento oportuno do cordão umbilical Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária Observação rigorosa por 2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	Identificação adequada do risco Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16-18) Hemograma e tipagem sanguínea, prova cruzada** Reserva de sangue (02 UI de concentrados de hemácias) Identificar com pulseira vermelha para o alto risco de HPP Manejo ativo do 3º período do parto 10 UI Ocitocina IM OU 5UI de Ocitocina em bolus EV e/ou 10 a 20U em 500ml de SF 0,9% a 30 gotas/min após a dequitação Clampeamento oportuno do cordão umbilical Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária Observação rigorosa por 2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta
* Sala de recuperação; leitos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP); EVITAR LOCAIS ONDE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE MONITORAMENTO RIGOROSO. Não encaminhar para enfermarias ou quartos que oferecem apenas vigilância risco habitual. As puérperas que apresentaram quadro de hemorragia puerperal devem permanecer em observação rigorosa nas primeiras 24 horas após o parto. **Coletar a prova cruzada caso puérpera apresente HPP. Seguir este fluxo até a liberação de uma nova recomendação		

Fonte: Adaptado de Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-parto, 2018 e Protocolo FEBRASGO – Hemorragia puerperal, 2021.

Outras drogas uterotônicas utilizadas na profilaxia da HPP:

- Metilergonovina – 0,2mg IM (dose máxima de 1 mg em 24 horas) – evitar em pacientes hipertensas ou cardiopatas
- Misoprostol 200mcg – 400mcg – Realizar 800 mcg via oral ou via retal

4.7 Diagnóstico

O diagnóstico é complexificado pela variedade de causas subjacentes à HPP, que abrangem lacerações do canal de parto (trauma) distúrbios de coagulação (trombina), atonia uterina (tônus) e restos placentários (tecido), conhecidos como os 4T, frequentemente presentes nos casos reportados. Os sinais e sintomas associados à HPP, como palidez, tontura e hipotensão, refletem a hipovolemia e a gravidade da condição, exigindo uma abordagem diagnóstica e terapêutica imediata e eficaz para mitigar complicações graves, como choque hemorrágico e anemia por deficiência de ferro. (OPAS, 2018)

REGRA DOS 4 T's		
TÔNUS	Atonia Uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematoma, rotura, inversão e rotura uterina	20%
TECIDO	Placenta retida e acreta, restos placentários	10%
TROMBINA	Coagulopatia	<1%

Fonte: Adaptado de Protocolo Hemorragia Puerperal. Prefeitura de Belo Horizonte. 2016

TÔNUS- A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto.

TRAUMA– Lacerações e hematomas resultam do traumatismo do parto e causam significativa perda sanguínea. A episiotomia, sobretudo a mediolateral, aumenta o sangramento e seu uso de forma rotineiro deve ser evitado. Inversão e rotura uterinas são causas mais infrequentes de traumatismo pós-parto.

TECIDO – A retenção placentária ocorre, quando a duração do secundamento excede 30 minutos.

TROMBINA– As desordens de coagulação são causas raras de HPP. Coagulopatias hereditárias são representadas por Doença de Von-Willebrand, Púrpura Trombocitopênica Idiopática, Púrpura Trombocitopênica Trombótica e Hemofilia. Os defeitos da coagulação devem ser suspeitados em pacientes que não respondem ao tratamento usual e sangram nos locais de punção.

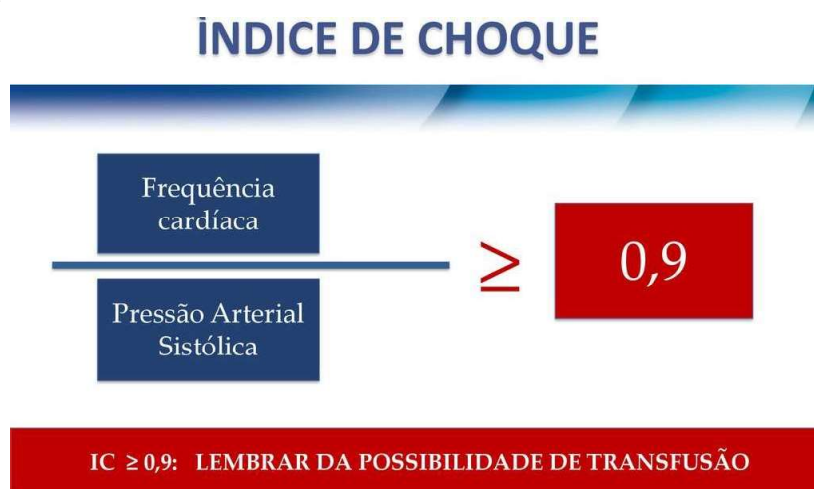
4.8 Parâmetros para ESTIMATIVA DE PERDA SANGUÍNEA NA HPP

Todos os centros precisam se preparar para diagnosticar e manejar de forma correta a hemorragia pós-parto. Para que isso aconteça, faz-se necessário avaliar a estimativa de perda sanguínea. Existem vários parâmetros para essa avaliação. Dentre eles, o índice de choque parece ser um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce.

4.8.1 Estimativa clínica através do ÍNDICE DE CHOQUE (IC)

O Índice de choque (IC) é um parâmetro clínico que reflete o estado hemodinâmico da paciente, podendo ser útil para prever a necessidade de transfusão maciça. (OPAS, 2018)

O cálculo é feito através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da gestante/puérpera.



El Ayadi AM, et al. 2016. PLoS ONE 11(2): e0148729.



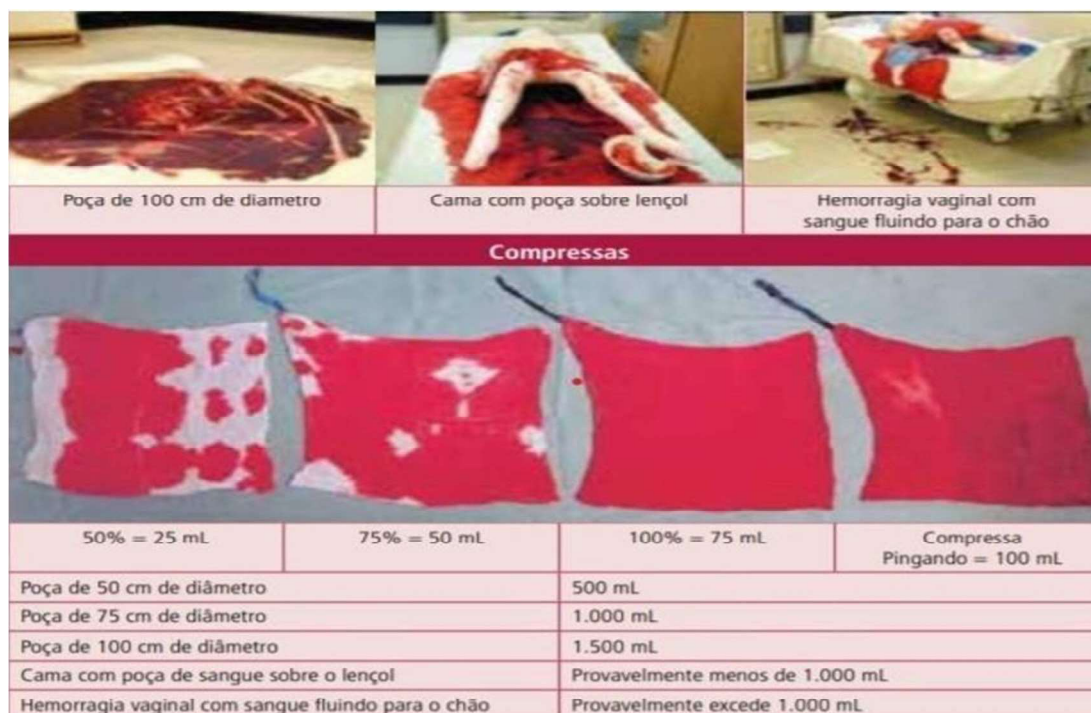
Valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa. Na prática clínica valores ≥ 1 , ou seja, frequência cardíaca superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de abordagem agressiva do quadro hemorrágico, incluindo a possibilidade real de transfusão. À medida que o índice se eleva, também se piora o prognóstico da paciente.

PARÂMETRO	ESTIMATIVA
ESTIMATIVA ATRAVÉS DO ÍNDICE DE CHOQUE (IC) (marcador mais precoce que os parâmetros clínicos isolados)	IC = FC / PAS Se $\geq 0,9$ – Risco de transfusão Se $\geq 1,4$ – Necessidade de terapêutica agressiva com urgência. Se $\geq 1,7$ – Alto risco de resultado materno adverso ATENÇÃO SE FC > PAS

O índice de choque deverá ser calculado e preenchido no FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (APÊNDICE A) no tópico GRÁFICO DE MONITORAMENTO PÓS PARTO.

4.8.2 ESTIMATIVA VISUAL DE PERDA SANGUÍNEA

Figura 1 – Estimativa visual de perda sanguínea para a hemorragia pós parto



Fonte: Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, 2018.

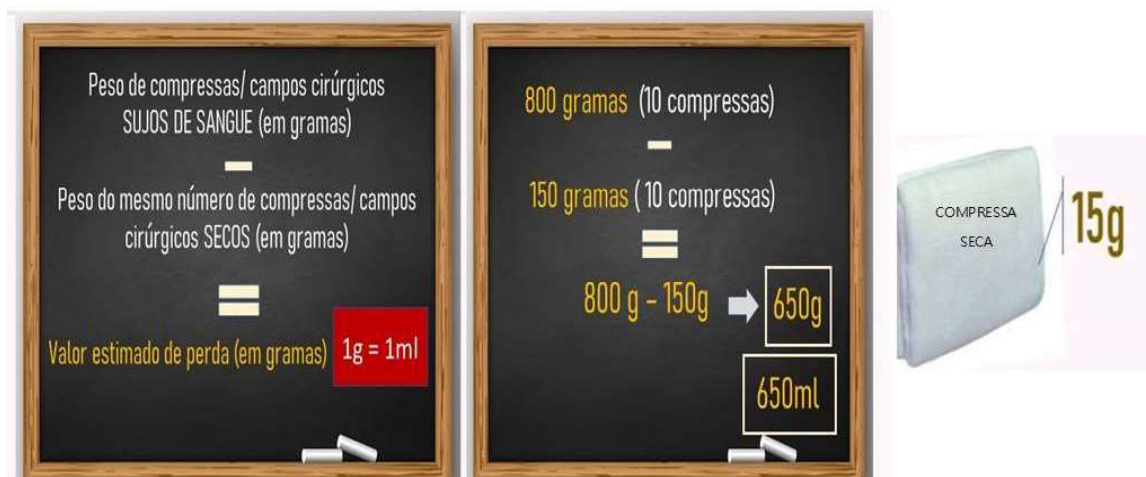
A estimativa visual do sangramento é subjetiva e frequentemente subestima a perda sanguínea. Contudo, é uma metodologia simples, rápida e que pode surpreender um quadro hemorrágico em suas fases iniciais. (OPAS, 2018). O preenchimento da estimativa visual deve ser realizada prioritariamente no parto, 1ª hora, 2ª hora, 4ª hora e 6ª hora no pós parto devendo ser preenchida pelo enfermeiro assistente no FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (APÊNDICE A)

4.8.3 Estimativa por meio de PESAGEM DE COMPRESSAS

A contagem do número de compressas utilizadas em qualquer procedimento cirúrgico é uma medida que auxilia os processos de segurança do paciente. A pesagem das compressas representa ferramenta especialmente útil durante cesarianas ou histerectomias periparto.

Para se definir a perda volêmica através da pesagem das compressas sujas de sangue, deve-se pontuar que a densidade do sangue é de 1.04 a 1,06 g/cm³, ou seja uma densidade muito próxima à da água. Assim, do ponto de vista prático, pode-se dizer que 1 mL de sangue equivale à aproximadamente 1 grama de peso. (OPAS, 2018)

A fórmula de estimativa da perda volêmica a partir da pesagem das compressas deve ser realizada a partir do peso das compressas SUJAS de sangue (em gramas) subtraindo o peso do mesmo número de compressas SECAS. O resultado (em gramas) será convertido para ml (1g = 1ml). Esse resultado deverá ser preenchido na primeira coluna no BUDLE DE TRATAMENTO E-MOTIVE (Critérios de detecção precoce e acionamento do budle) no FORMULÁRIO DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (APÊNDICE A)



Modelo de cálculo para estimativa de perda sanguínea por pesagem de compressas

4.8.4 Correlação do grau de choque, sinais vitais, índice de choque e necessidade transfusional

Grau do choque	Perda volêmica em (%) e ml	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Índice de choque	Transfusão
Compensado	10% a 15% 500 a 1.000 mL	Normal	Normal	60-90	90	0,7 a 1,0	Usualmente não
Leve	16% a 25% 1.000 a 1.500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91- 100	80-90	1,0 a 1,3	Possível
Moderado	26% a 35% 1.500 a 2.000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101- 120	70-79	1,3 a 1,7	Usualmente exigida
Grave	> 35% > 2.000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar superior a 3 minutos	> 120	< 70	> 1,7	Possível transfusão maciça

* O parâmetro clínico que estiver mais alterado (ou seja, que indicar mais gravidade) definirá o grau do choque hipovolêmico.

FONTE: Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018.

4.9 TRATAMENTO

4.9.1 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é essencial no manejo da atonia uterina, principal causa de HPP. Ele deve ser baseado no uso de medicações uterotônicas e anti-fibrinolíticas. A literatura traz esquemas terapêutico variados, por esse motivo torna-se importante a instituição de um protocolo único a ser seguido no serviço, para que se evite disparidades de condutas durante uma emergência.

No quadro 1 temos as medicações uterotônicas e anti-fibrinolíticas:

Quadro 1 - Medições uterotônicas e anti-fibrinolíticas

MEDICAÇÃO UTEROTÔNICA

OCITOCINA (fármaco de primeira escolha no tratamento da HPP) (cada ampola de 1 mL contém 5 UI de ocitocina)

FORMA DE USO: 5 UI de ocitocina, EV, lentamente (3 min), associadas a 20 UI a 40 UI em 500 mL de SF a 0,9%, a 250 mL/h. Manutenção a 125 mL/h por 4 h.

Nos casos de atonia grave, avaliar a dose de manutenção de ocitocina até 24 h (a uma velocidade de 67,5 mL/h ou 3 UI/h)

Obs.: ocitocina endovenosa apresenta início de ação em 1 min e meia-vida de 3 a 12 min

MALEATO DE METILERGOMETRINA (cada ampola de 1 mL contém 0,2 mg de maleato de ergometrina)

FORMA DE USO: Injetar 0,2 mg, via IM, e repetir em 20 min, se necessário (se a primeira dose falhar, será improvável que a segunda funcione).

Nos casos de sangramentos graves: administrar mais três doses de 0,2 mg, IM, a cada 4 h/4 h (dose máx.: 1 mg/24 h).

Contraindicação principal: pacientes hipertensas

Obs.: o início de ação do fármaco, via intramuscular, ocorre entre 2 e 3 min e sua meia-vida varia de 30 a 120 min

MISOPROSTOL (comprimidos de 25 µg, 100 µg ou 200 µg de misoprostol)

FORMA DE USO: Inserir 800 µg de misoprostol, via retal Obs.: considerar o tempo do início de ação de misoprostol: via retal: 15 a 20 min. Via oral: 7 a 11 min

MEDICAÇÃO ANTIFIBRINOLÍTICA

ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN): cada ampola de 5 mL contém 250 mg de ácido tranexâmico

FORMA DE USO: Infundir 1g (4 ampolas), via endovenosa, lentamente, em 10 min. Iniciar imediatamente após o início do sangramento ou até três horas do seu início, de qualquer causa (4Ts). Repetir se houver persistência do sangramento após 30 min ou reinício do sangramento em até 24 h da primeira dose.

Obs.: a cada 15 min de atraso para administração da primeira dose de ácido tranexâmico, ocorre redução de 10% no seu efeito hemostático. Não se recomenda seu uso após três horas do início da HPP.

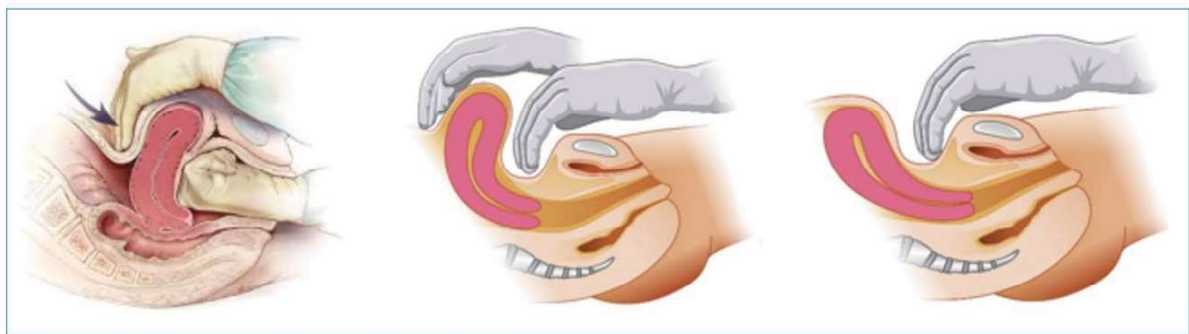
FONTE: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 36/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).

4.9.2 Tratamento invasivo não cirúrgico

COMPRESSÃO UTERINA BIMANUAL

A Manobra de Hamilton ou de Chantrapitak (figura 2) são as primeiras manobras a serem realizadas 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.

Figura 2 – Manobras de Hamilton e de Chantrapitak



Fonte: Adaptada de Anderson e Etches (2007).^[24] Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Esquerda: manobra de Hamilton. Centro: manobra de Chantrapitak para pacientes com parede abdominal relaxada. Direita: manobra de Chantrapitak para pacientes com parede abdominal tensa.

FONTE: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 36/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).

BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRAUTERINO (BIT)

Tem como principal indicação a HPP por atonia não responsiva ao tratamento medicamentoso com uterotônicos. Pode ser utilizado como método temporário ou definitivo. Pode ser útil no controle do sangramento do sítio placentário nos casos de placenta prévia ou na prevenção de inversão uterina recorrente. Além disso, pode ser muito útil para viabilizar transferências.

Os balões são capazes de reduzir a necessidade de abordagem cirúrgica, em especial a histerectomia e podem ser utilizados tanto após parto vaginal quanto cesariana. O tempo máximo de permanência recomendado para o balão é 24 horas. Durante o seu uso, sugere-se realizar antibioticoprofilaxia (ex: cefazolina 1 grama, EV, de 8/8h) e manter os uterotônicos (ex: ocitocina). Recomenda-se encher o balão com líquidos mornos (ou pelo menos em temperatura ambiente), evitando líquidos frios ou gelados pelo risco de indução de hipotermia. A retirada do BIT deve ser gradual (retirar 50 mL de cada vez) e em ambiente que tenha possibilidade de tratamento definitivo pelo risco

de novo sangramento. Deve-se monitorar continuamente o sangramento e o estado hemodinâmico da paciente durante o seu uso e retirada. A capacidade volumétrica máxima usual do BIT é de 500 ml, mas deve-se sempre conferir com o fabricante.

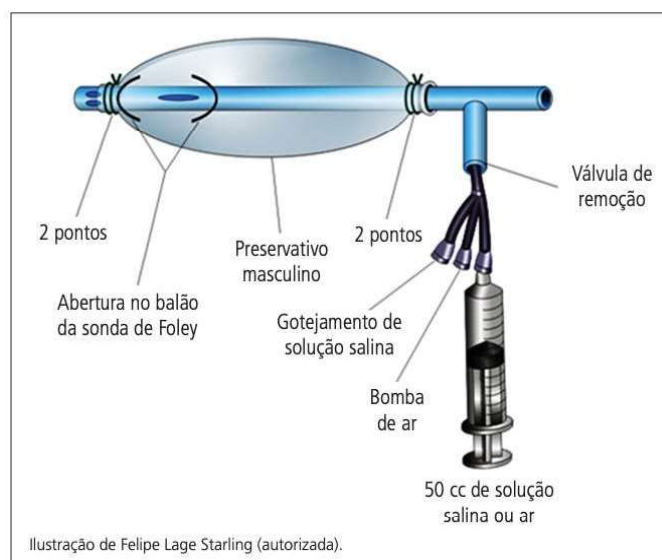
São contraindicações para o uso dos BTI: neoplasias e infecções cervicais, vaginais ou uterinas; sangramentos uterinos arteriais que requerem abordagem cirúrgica; suspeita ou presença de lacerações ou rotura uterina; anomalias uterinas que distorçam a cavidade uterina. Risco potencial de o posicionamento do BIT precipitar perfuração nos casos de acretismo placentário, pelo adelgaçamento da parede uterina.

BALÕES ARTESANAIS

Devemos ter sempre como prioridade o uso do BIC, porém em caso de ausência desse dispositivo, uma opção útil e de baixo custo é a confecção dos balões caseiros. Eles podem ser adaptados a cateteres de borracha ou a sondas de Foley. Os mais descritos são os de preservativos masculinos. A infusão de solução salina (200 a 500 mL) é efetuada através de seringa ou de equipo de soro conectados ao cateter ou à sonda. A visualização do preservativo distendido através do colo uterino pode ser utilizada como critério de interrupção da infusão. A fixação é efetuada por meio de tamponamento vaginal ou da inserção e infusão de outro preservativo na vagina. Dentre os balões artesanais, os mais elaborados são o balão de preservativo de El Hennawy.

No balão de preservativo de El Hennawy (Figura 3), um orifício para infusão de ar ou solução salina no interior do preservativo é construído através de um corte efetuado no balão inflável da sonda de Foley. A extremidade distal do preservativo é aberta e amarrada proximal aos orifícios de drenagem da sonda.

Figura 3 - Desenho esquemático do balão de preservativo e sonda de Foley de El Hennawy



FONTE: FEMINA -Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto, 2014.

4.9.3 Tratamento cirúrgico

Indicado quando houver falhas do manejo medicamentoso e das outras estratégias não cirúrgicas, ou quando estes não estiverem disponíveis. Entre as modalidades de tratamento cirúrgico conversador destacam-se as suturas compressivas, as ligaduras vasculares e a embolização seletiva de vasos pélvicos. Já no tratamento cirúrgico definitivo, temos a histerectomia e a cirurgia de controle de danos.

4.9.4 Ressuscitação hemostática

Esse passo tem como objetivo o controle rápido do sangramento, restauração da perfusão tecidual e abordagem precoce da coagulopatia.

1- Infusão racional de líquidos:

Avaliar a paciente a cada 250 a 500 mL de cristaloides infundidos para determinar sua resposta hemodinâmica e a melhor conduta a ser considerada naquele momento. Deve ser evitado o uso de coloide e os líquidos devem ser aquecidos antes da infusão. Aquelas pacientes com resposta inadequada (recorrência ou manutenção de instabilidade hemodinâmica), após infusão de 1.500 mL de soro fisiológico (ou ringer lactato), são candidatas à hemotransfusão.

2- Transfusão e hemocompetentes e hemoderivados:

Deve ser realizada em todas as pacientes com instabilidade hemodinâmica e naquelas que já receberam 1.500 ml de cristaloides sem resposta adequada. Pacientes com HPP desenvolvem, de forma mais precoce, quadros de hipofibrinogenemia. Deve-se manter fibrinogênio acima de 200 mg/dL. Aquelas pacientes com fibrinogênio menor que 200 mg/dL devem receber uma dose de adulto de crioprecipitado ou 2 g de concentrado de fibrinogênio. O protocolo orienta a liberação de sangue O negativo, sem proza cruzada, para pacientes com instabilidade hemodinâmica.

Quadro 2 - Hemocomponentes mais utilizados na prática clínica da HPP

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH) 250 a 300 mL/unidade
Indicação: melhorar oxigenação tecidual nas hemorragias graves. Cada unidade eleva a hemoglobina em 1 a 1,5 g/dL e o hematócrito em 3%.
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) 180 a 200 mL/unidade
Indicação: sangramentos sempre que RNI > 1,5 ou TP > 1,5 x o valor normal, reposição de fatores de coagulação e nas transfusões maciças.
CONCENTRADO DE PLAQUETA (PLT) 50 mL/unidade randômica
Indicação: sangramentos com contagens de plaquetas inferiores a 50.000 ou 100.000 mm ³ se sangramento ativo (ou portadores de disfunção plaquetária).
Cada unidade randômica: aumenta as plaquetas em 5.000 a 10.000/mm ³ .
Observações: uma dose de adulto de plaqueta refere-se a: - Um pool de plaquetas (volume: ± 250 mL. Equivale ± 5 unidades randômicas); - Uma aférese de plaquetas (volume: ± 350 mL. Equivale a ± 6 a 8 unidades randômicas);

- Sete unidades de plaquetas randômicas (volume: $\pm$ 300 mL).

CRIOPRECIPITADO (CRIO) 10 a 20 mL/unidade randômica

Indicação: fibrinogênio < 200 mg/dL, transfusão maciça.

Cada unidade randômica: aumenta o fibrinogênio em 10 mg/dL.

Observação: uma dose de adulto de CRIO refere-se a 7 a 10 unidades.

Fonte: adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018.

METAS TRANSFUSIONAIS NAS PACIENTES COM HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

- Hemoglobina > 8 g/dL
- Hematócrito > 21% a 24%
- Plaquetas > 50.000 (ou > 100.000 se sangramento ativo)
- Protrombina < 1,5 (vez o plasma controle)
- PTTA < 1,5 a 1,7 (vez o plasma controle) · Fibrinogênio > 200 mg/dL

Fonte: adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018.

5. PROTOCOLO E-MOTIVE e redução das hemorragias pós parto (OMS)

A intervenção E-MOTIVE consistiu no uso de um campo calibrado para detecção precoce da hemorragia pós-parto e um conjunto de tratamento (bundle) de primeira resposta da OMS, que incluiu massagem uterina, medicamentos ocitócitos, ácido tranexâmico, fluidos intravenosos e um processo de avaliação e escalonamento (FIOCRUZ, 2023).

Para este protocolo utilizaremos como referência a intervenção E-MOTIVE (FIOCRUZ, 2018) adaptada e as Recomendações Assistenciais da OPAS (2018).

Early detection and trigger criteria ou **Critérios de detecção precoce e acionamento do bundle**

Critérios **de** **acionamento**
Julgamento **clínico**

E Perda de sangue ≥ 500 ml ou ≥ 300 ml + uma observação anormal (PARTO VAGINAL)
 Perda de sangue ≥ 1000 ml (PARTO CESARIANA)

Observação:

Perda de sangue, fluxo sanguíneo, tônus uterino a cada 15 min documentadas no gráfico de monitoramento de perda sanguínea.

Pressão arterial e pulso monitorados uma vez na primeira hora pós-parto e documentados no gráfico de monitoramento de perda sanguínea.

Massagem uterina

M Massagem até a contração uterina ou por um minuto

Ocitocina

O 5UI EV lento (3min) + 20 UI a 40 UI em 500ml SF 0,9% via EV em BIC 250mL/h

Transamin ou Ácido tranexâmico

T 1 grama/EV (Nas primeiras 3 horas de HPP) administrada em 10 minutos, diluída em 100ml de SF0,9%

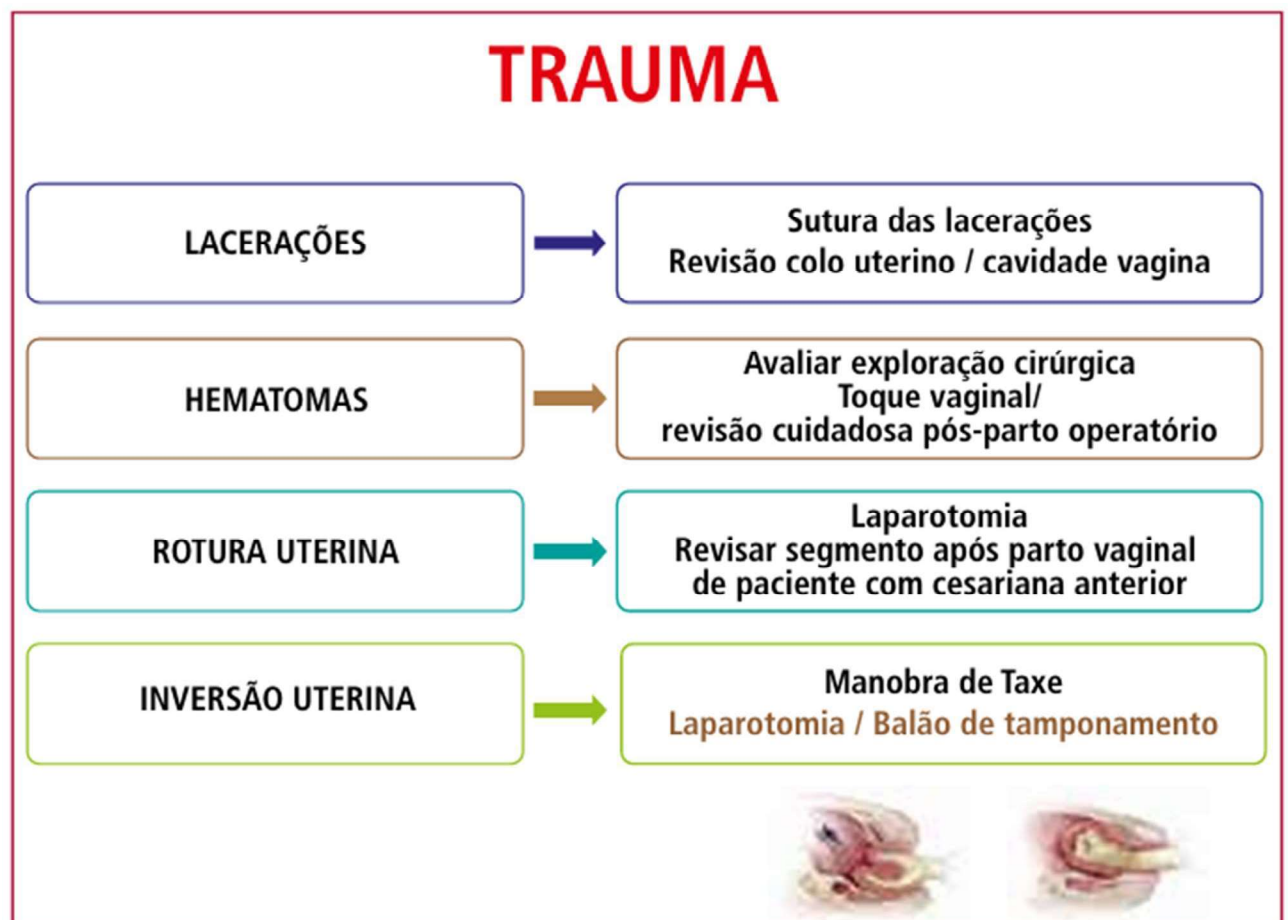
Fluidos intravenosos (IV) adicionais devem ser administrados se clinicamente indicado para ressuscitação

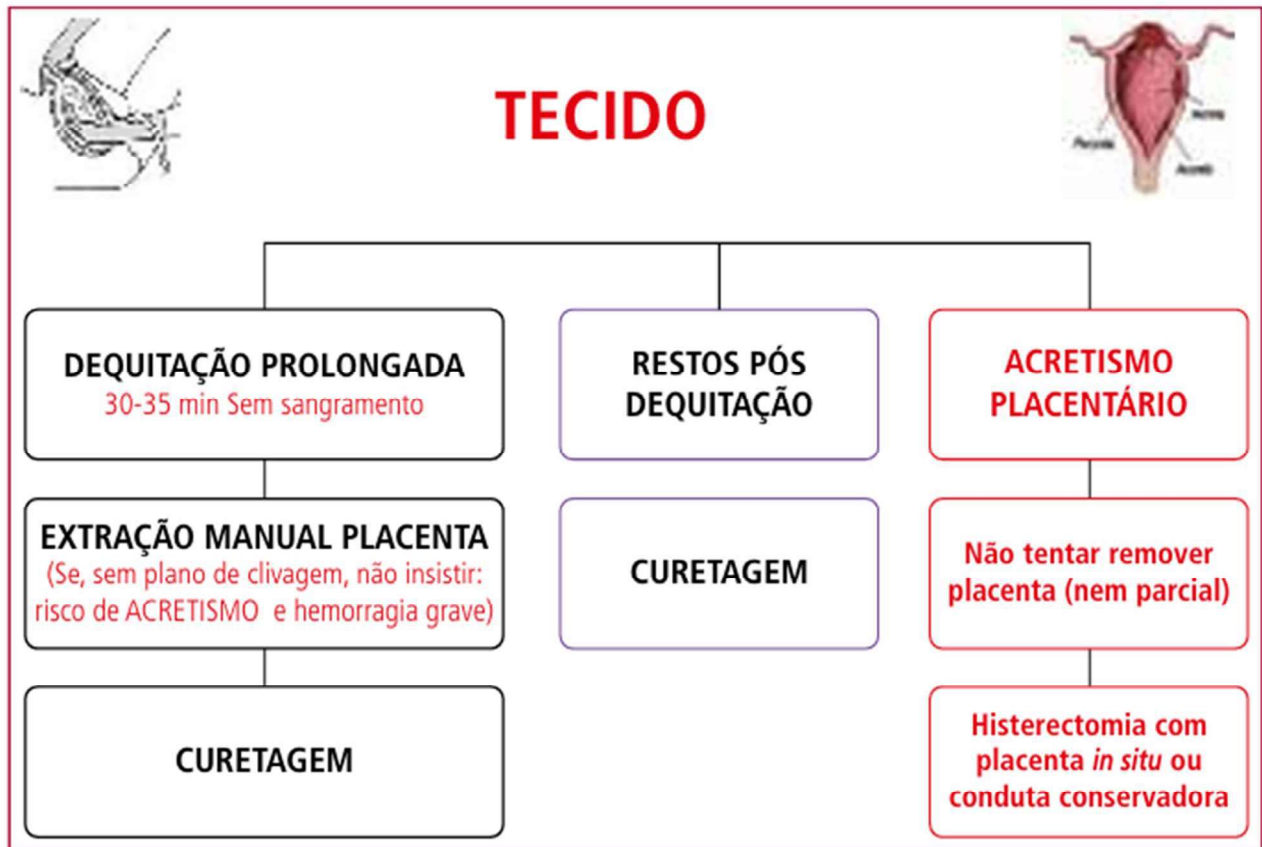
IV

- Puncionar 02 acessos venosos periféricos calibrosos
- Coletar Hb/Ht e tipagem sanguínea com reserva de 02 UN de concentrado de hemácias **(caso ainda não tenha sido feito)**

Avaliação e escalada - Certifique-se que a bexiga esteja vazia, remova coágulos, verifique a existência de lacerações com um exame interno e verifique se a placenta foi totalmente removida

Fonte: Adaptado da FIOCRUZ (2023) e OPAS (2018)





Fonte: Adaptado da FIOCRUZ(2023) e OPAS (2018)

6. REFERÊNCIAS

Costa SAL, Marques LF, Rezende BES, Oliveira BMM, Parreiras BH, Belineli BF, et al. Maternal Mortality from Hemorrhage in Brazil. Braz J Health Rev. 2021;4(2):4333-42. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-029> Guia do Episódio de Cuidado Hemorragia Pós-Parto. Albert Einsten. 2024.

FEBRASGO POSITION STATEMENT. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. Edição especial, 2024.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 36/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas)

Federação Brasileira da Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. 2024.

Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. ISBN 978 92 4 854850 5. 2014

Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica – Estratégia Zero Morte Materna por hemorragia pós-parto, 2018.

Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte / Reginaldo __Antônio de Oliveira Freitas Júnior... [et al.] (Org.). – Natal: EDUFRN, 2014. _ 101p.

Quijada BPR, Paniagua KC, Lugán SK. Prevalencia y perfil epidemiológico de puérperas con hemorragia postparto: Ayacucho 2000-2015. Rev Colomb Salud Libre. 2017;12(1):7-14. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2017v12n1.1411>

Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann OM, Drake E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2013 [acesso em: 26 12 2024];21(3):[08 telas]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KMD5ksTnDqBCKW4rf5bJx9f/?format=pdf&lang=pt>

7. APÊNDICE A - FICHA DE MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO (HPP)

MANEJO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO									
NOME COMPLETO: _____									
Prontuário: _____		Data da admissão: / /			Data do PARTO: / / às : h				
ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS PARTO (FONTE: OPAS, 2018)									
() BAIXO RISCO		() MÉDIO RISCO			() ALTO RISCO				
☐ Ausência de cicatriz uterina ☐ Gravidez única ☐ ≤ 3 partos vaginais prévios ☐ Ausência de distúrbio de coagulação ☐ Sem história de HPP		☐ Cesariana ou cirurgia uterina prévia ☐ Pré-eclâmpsia leve ☐ Hipertensão gestacional ☐ Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia fetal) ☐ ≥ 4 partos vaginais ☐ Corioamnionite ☐ História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica ☐ Obesidade materna (IMC > 35kg/m2)			☐ Placenta prévia ou de inserção baixa ☐ Acretismo Placentário ☐ Descolamento prematuro de placenta ☐ Pré-eclâmpsia Grave ☐ Plaquetas < 100.000/mm3 ☐ Hematócrito < 30% + fatores de risco ☐ Sangramento ativo na admissão ☐ Coagulopatias ☐ Uso de anticoagulantes ☐ PRESENÇA DE ≥ 2 FATORES DE MÉDIO RISCO				
Assinatura/Carimbo: _____									
CONDUTAS PREVENTIVAS PARA O RISCO ESTRATIFICADO									
☐ Manejo ativo do 3º período do parto o 10 UI Ocitocina IM OU o 5UI de Ocitocina em bolus EV e/ou 10 a 20U em 500ml de SF 0,9% a 30 gotas/min após a dequitação o Clampeamento oportuno do cordão umbilical o Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária ☐ Observação rigorosa por 2 horas ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta		☐ Identificação adequada do risco ☐ Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16- 18) ☐ Hemograma e tipagem sanguínea ☐ Manejo ativo do 3º período do parto ☐ 10 UI Ocitocina IM OU ☐ 5UI de Ocitocina em bolus EV e/ou 10 a 20U em 500ml de SF 0,9% a 30 gotas/min após a dequitação ☐ Clampeamento oportuno do cordão umbilical ☐ Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária ☐ Observação rigorosa por 2 horas em local adequado* ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta			☐ Identificação adequada do risco ☐ Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16-18) ☐ Hemograma e tipagem sanguínea, prova cruzada** ☐ Reserva de sangue (02 UI de concentrados de hemácias) ☐ Identificar com pulseira vermelha para o alto risco de HPP ☐ Manejo ativo do 3º período do parto o 10 UI Ocitocina IM OU o 5UI de Ocitocina em bolus EV e/ou 10 a 20U em 500ml de SF 0,9% a 30 gotas/min após a dequitação o Clampeamento oportuno do cordão umbilical o Tração controlada do cordão umbilical durante a dequitação placentária ☐ Observação rigorosa por 2 horas em local adequado* ☐ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta				
* Sala de recuperação; leitos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP); EVITAR LOCAIS ONDE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE MONITORAMENTO RIGOROSO. Não encaminhar para enfermarias ou quartos que oferecem apenas vigilância risco habitual. As puérperas que apresentaram quadro de hemorragia puerperal devem permanecer em observação rigorosa nas primeiras 24 horas após o parto. **Coletar a prova cruzada caso puérpera apresente HPP. Seguir este fluxo até a liberação de uma nova recomendação									
GRÁFICO DE MONITORAMENTO PÓS PARTO () PARTO VAGINAL () PARTO CESARIANA									
HORA	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (PAS)	PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA (PAD)	FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)	TEMPERATURA (T)	SATURAÇÃO (SpO2)	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)	ÍNDICE DE CHOQUE (IC=FC/PAS)	DIURESE PRESENTE	ASSINATURA
MEOWS (na 1ª hora pós parto): _____									

HEMORRAGIA PÓS PARTO: 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 (OMS, 2018)

BUNDLE DE TRATAMENTO E-MOTIVE (HORA DE OURO)

E - CRITÉRIOS DE DETECÇÃO PRECOCE E ACIONAMENTO DO BUNDLE

NO PARTO: Peso em g (1g=1ml):	OU	NO PARTO: VISUAL Valor:
1ª hora após o parto: Peso em g (1g=1ml):		1ª hora após o parto: VISUAL Valor:
2ª hora após o parto: Peso em g (1g=1ml):		2ª hora após o parto: VISUAL Valor:
4ª hora após o parto: Peso em g (1g=1ml):		4ª hora após o parto: VISUAL Valor:
6ª hora após o parto: Peso em g (1g=1ml):		6ª hora após o parto: VISUAL Valor:
TOTAL:	Nome do responsável pelo preenchimento:	

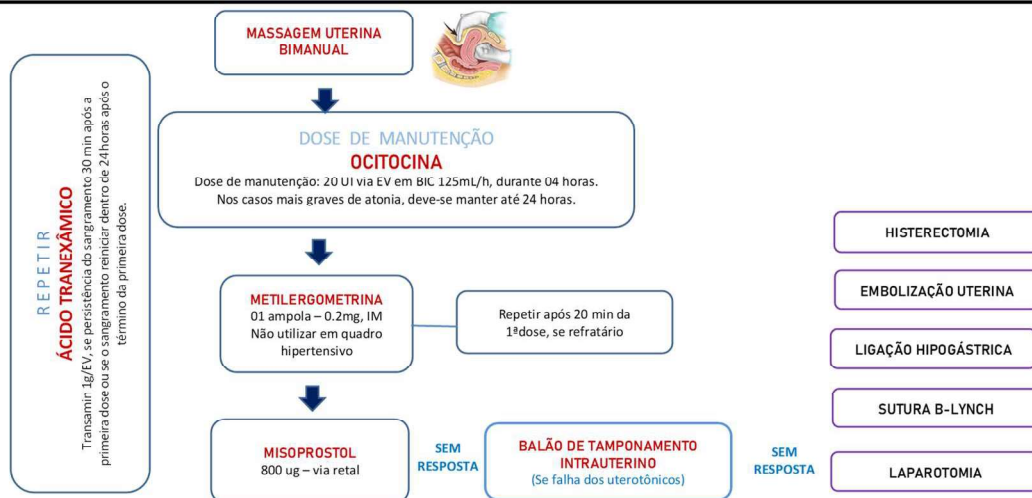
- ☐ **M**assagem uterina (até a contração uterina ou por um minuto)
- ☐ **O**CITOCINA – SUI EV lento (3min) + 20 UI a 40 UI em 500ml SF 0,9% via EV em BIC 250mL/h
- ☐ **T**RANSAMIN (ÁCIDO TRANEXÂMICO) - 1 grama/EV (Nas primeiras 3 horas de HPP) administrada em 10 minutos, diluída em 100ml de SFO,9%
- ☐ **I**V - Fluidos intravenosos adicionais devem ser administrados se clinicamente indicado para ressuscitação
 - ☐ Puncionado 02 acessos venosos periféricos calibrosos
 - ☐ Coletado Hb/Ht e tipagem sanguínea com reserva de 02 UN de concentrado de hemácias (**caso ainda não tenha sido feito**)
- ☐ **E** – Avaliação e escalada - Certifique-se que a bexiga esteja vazia, remova coágulos, verifique a existência de lacerações com um exame interno e verifique se a placenta foi totalmente removida.



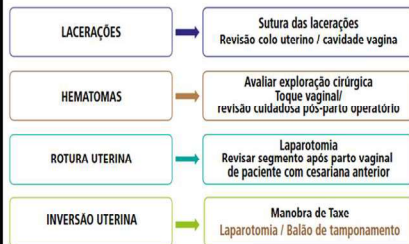
TRATAMENTO DE ACORDO COM A CAUSA DO SANGRAMENTO

- ☐ **TÔNUS** ☐ **TRAUMA** ☐ **TECIDO** ☐ **TROMBINA**

TÔNUS



TRAUMA



TECIDO



TROMBINA



EQUIPE: _____

8. ANEXO A - Composição da Caixa de Hemorragia Pós-Parto (HPP)

CÓDIGO	ITENS	QTD
MEDICAMENTOS		
145068	Ácido tranexâmico 50 mg/mL AMP	04
16055	Metilergometrina 0,2 mg/mL 1 ml AMP	01
172707	Misoprostol 200 mcg COM	04
17434	Ocitocina 5 UI/mL AMP*	08
SOLUÇÕES		
202550	Cloreto de sódio 0,9% 100mL	01
201570	Cloreto de sódio 0,9% 500mL	01
201570	Solução de Ringer + Lactato 500 mL	01
MATERIAIS		
401714	Álcool 70% 100 mL	01
400396	Agulha 25mm x 0,7mm	02
400397	Agulha 25mm x 0,8mm	02
400398	Agulha 40mm x 1,2mm	02
400443	Cateter intravenoso com dispositivo de segurança 16G	05
400444	Cateter intravenoso com dispositivo de segurança 18G	02
400607	Seringa 5 mL	02
400608	Seringa 10 mL	02
401056	Seringa 20 mL	02
400510	Equipo para bomba de infusão	01
400512	Equipo macrogotas	02
400470	Conexão para infusão simultânea c/ 2 vias	02
401156	Compressa de gaze 7,5cm x 7,5cm	02
400878	Garrote descartável**	01
400480	Curativo de filme transparente 10cm x 10cm**	06
401259	Tubo tampa roxa para coleta de sangue**	02

Fonte: POP.UFCD.018 -versão 2 (Reposição da Caixa Hemorragia pós parto)

*A ocitocina, por necessidade de armazenamento sob refrigeração, não deve ficar dentro da caixa de HPP, porém deve estar prontamente disponível no refrigerador do setor.

**A reposição destes itens serão de responsabilidade do setor.

9. ANEXO B – Passos para o acesso ao curso online.

- Acessar plataforma 3EC > Procurar: **Capacitação de manejo clínico de Hemorragia pós parto** > tuma online > Clicar no link da turma online > <https://moodle.ebserh.gov.br/mod/url/view.php?id=275749>

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	03/03/2025	Versão inicial.

11. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS Ana Paula Ferreira de Souza - UMUL/GAS) Francisca das Chagas Soares Pereira - UMUL/GAS Janaina Marques de Almeida - UMUL/GAS Letícia de Medeiros Jales - STMIM/GAS	Data: 03/03/2025
Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/GAS	Data: 10/03/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 25/04/2025
Aprovação Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/GAS	Data: 25/04/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.003941/2025-28

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas do Protocolo de Manejo da Hemorragia Pós Parto (HPP). PRT.UMUL.005 - versão 01

Elaboração Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS Ana Paula Ferreira de Souza - UMUL/GAS Francisca das Chagas Soares Pereira - UMUL/GAS Janaina Marques de Almeida - UMUL/GAS Letícia de Medeiros Jales - STMIM/GAS	Data: 03/03/2025
Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/GAS	Data: 10/03/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 25/04/2025
Aprovação Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/GAS	Data: 25/04/2025



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Figueira Rodrigues, Enfermeiro(a)**, em 09/06/2025, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Francisca das Chagas Soares Pereira, Enfermeiro(a)**, em 09/06/2025, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Marques de Almeida, Enfermeiro(a)**, em 09/06/2025, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Ferreira de Souza, Enfermeiro(a)**, em 11/06/2025, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Chefe de Unidade**, em 17/06/2025, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Letícia de Medeiros Jales, Médico(a)**, em 17/06/2025, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 23/06/2025, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **50302847** e o código CRC **0A798201**.
