

Hemorragia Pós-Parto



Descrição

Definição

Emergência obstétrica com perda de sangue de mais de 500 ml no parto vaginal e 1.000 ml na cesárea, nas primeiras 24 horas após o parto. É uma das principais causas de morbimortalidade materna.

Incidência

5% dos partos.

Etiologia

- Atonia uterina..... (70%)
- Laceração genital e ruptura uterina (20%)
- Retenção placentária e acretismo (10%)
- Coagulopatias (consumo ou dilucional)..... (1%)

Fatores de risco para HPP

- Acretismo placentário
- Trabalho de parto, parto e dequitação prolongados
- História de HPP em gestação anterior
- Gestação múltipla
- Feto grande
- Cesárea(s) anterior(es)
- Pré-eclâmpsia

Observação

Os fatores de risco apresentam baixo valor prognóstico.

Tratamento

Conduta

Primeiro passo

- Realizar massagem e compressão uterina bimanual
- Iniciar infusão de solução salina ou outro cristalóide através de 2 acessos venosos calibrosos (16 Gauge) em MMSS.

- Administrar ocitócicos
 - :: Ocitocina (Syntocinon®) – 10 unidades a 40 unidades em 1 litro de solução salina por via intravenosa, com taxa de infusão de 250 ml a cada hora
 - :: Metilergonovina (Metergin®) – 1 ampola (0,2 mg) por via intramuscular
 - :: Misoprostol (Prostokos®) – 800 mcg por via retal

Se não houver imediato controle da hemorragia, transferir paciente para o centro obstétrico.

Segundo passo

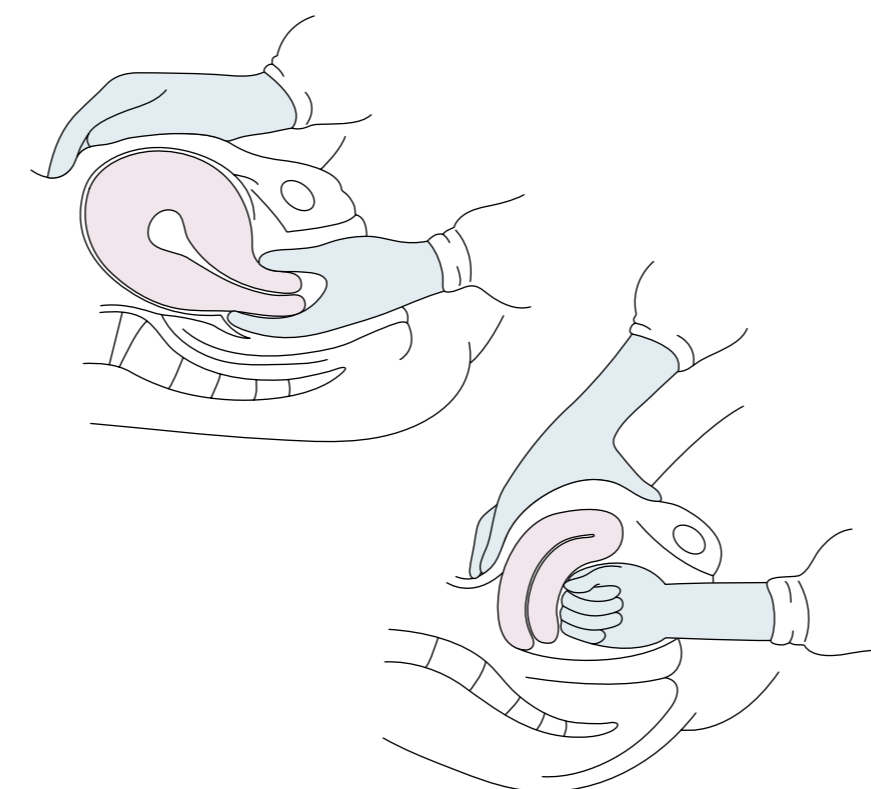
- Montagem de equipe multidisciplinar (obstetra, anestesista, radiologista intervencionista, hematologista e urologista)
- Ressuscitação e estabilização, mantendo vias aéreas pérvias
- Sondagem vesical
- Colher hemograma e coagulograma
- Avaliar necessidade de transfusão
- Anestesia para possíveis procedimentos

Terapia específica

- Reparar lacerações genitais (cervicais, vaginais e hematomas) e fazer curagem ou curetagem nos restos
- Em caso de atonia uterina, fazer massagem e compressão uterina
- Em caso de persistência da hemorragia, considerar distúrbios de coagulação
- Se a hemorragia estiver incontrolável, considerar intervenções cirúrgicas

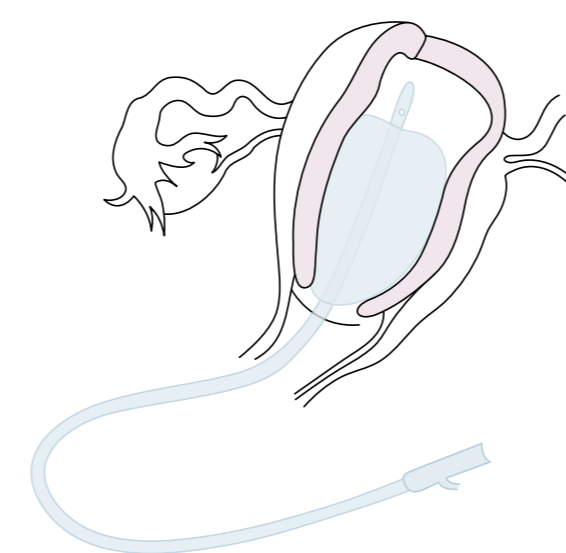
Tratamento

Compressão uterina manual



Compressão uterina por balão

Balão para tamponamento vaginal disponível no Hospital e Maternidade São Luiz



Tratamento

Intervenção cirúrgica

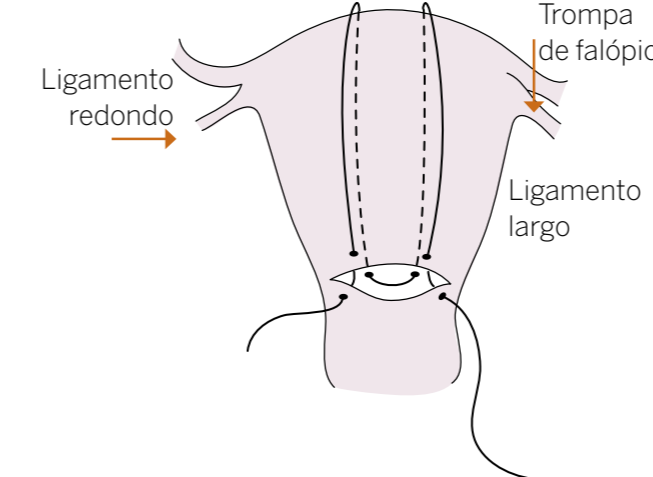
Terapia específica

- Laparotomia
 - :: Sutura de B-Lynch
 - :: Ligadura de artérias uterinas e útero-ováricas
 - :: Ligadura da artéria ilíaca interna ou hipogástrica
 - :: Histerectomia

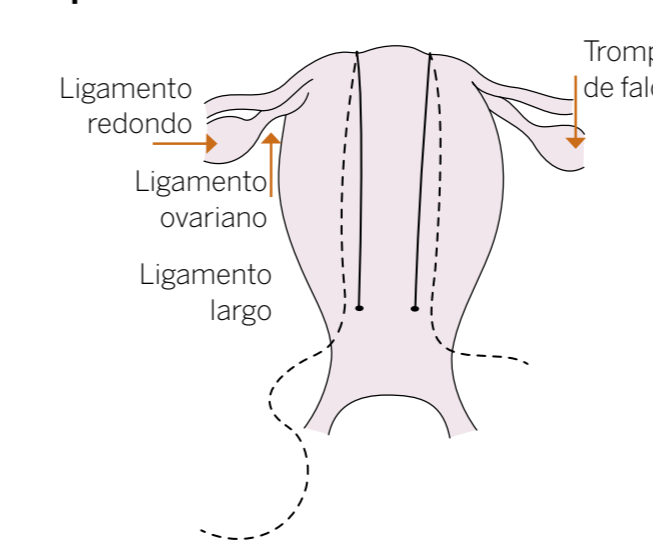
- Radiologia intervencionista
 - :: Embolização
 - :: Oclusão arterial

Sutura compressiva B-Lynch

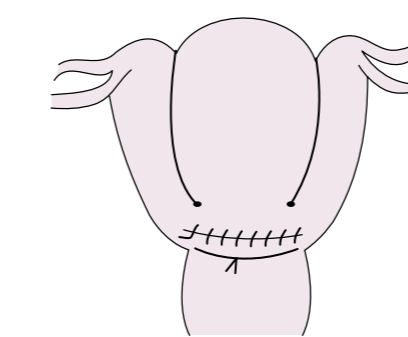
• Visão anterior



• Visão posterior



• Visão anterior



Tratamento

Ligadura de artéria ilíaca interna ou hipogástrica

Indicada para pacientes com prole não constituída; é um recurso anterior à histerectomia.

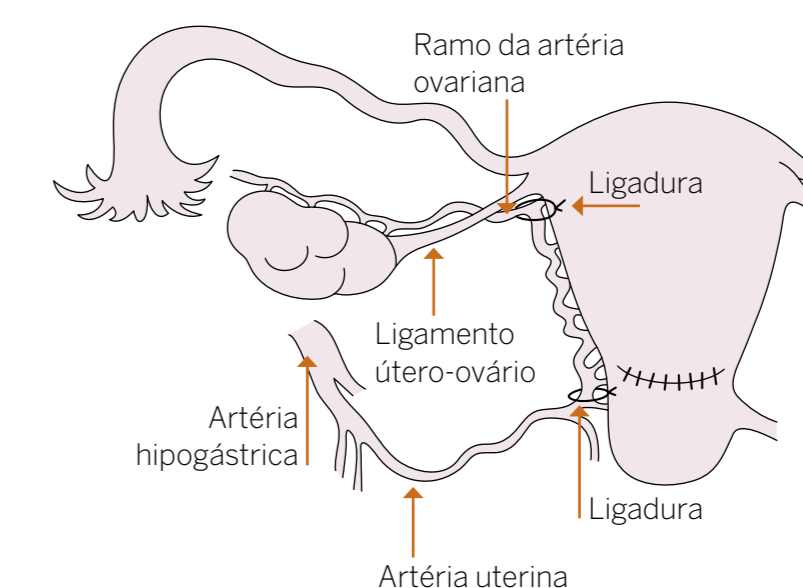
Limitações

- Dificuldade de abordagem do retroperitônio e visualização das hipogástricas
- Presença de coagulopatias dificulta a hemostasia
- Sucesso da ligadura de hipogástricas é controverso (< 50%)

Opções à ligadura

- Histerectomia
- Intervenção endovascular com radiologia intervencionista (sucesso de 80% a 90%)

Ligaduras de artérias



Radiologia intervencionista – indicações

- Atonia uterina
- Laceração útero-vaginal
- Malformações vasculares uterinas
- Prenhez ectópica (cornual, cervical e abdominal)
- Moléstia trofoblástica gestacional
- Tumores pélvicos na gestação (sarcoma uterino e carcinoma cervical)
- Anormalidades de implantação placentária (acretismo)

Tratamento

Acretismo placentário

Importância clínica

O aumento da incidência de cesáreas acarreta maior incidência de acretismo placentário. Em pacientes com placenta prévia e antecedente de uma cesariana, o risco de acretismo é de 25%. Em caso de duas ou mais cesarianas, passa a ser 50%.

Complicações

- Hemorragia maciça
- Coagulação intra-vascular disseminada
- Necessidade de histerectomia
- Lesão de órgãos adjacentes
- SARA
- Insuficiência renal
- Reação transfusional
- Aloimunização
- Sangramento para o retroperitônio
- Tromboflebite pélvica
- Síndrome de Ogilvie
- Infecção pós-parto
- Deiscência da incisão abdominal
- Morte materna

Acretismo placentário – conduta

A conduta pode ser conservadora em paciente hemodinamicamente estável e com acretismo parcial.

Para sangramento que persiste com acretismo no corpo uterino, indica-se histerectomia subtotal, de fácil execução e menor tempo cirúrgico.

Nos casos de placenta prévia com cesárea anterior, solicitar ultra-sonografia com doppler e ressonância magnética.

Nos casos de suspeita de placenta percreta, deve-se programar o parto com apoio da radiologia intervencionista (programar cateterização das artérias ilíacas internas para possível embolização após a retirada do feto).

Nos casos de placenta percreta com envolvimento de tecidos adjacentes, a incisão uterina deve ser feita fora da área placentária (no fundo uterino) para a retirada do feto, podendo optar por deixar a placenta *in situ* e reintervenção após dias ou semanas, ou seja, após estabilização clínica da paciente.