

Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto

Prevention and management of postpartum haemorrhage

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi¹; Sidnéa Macioci Cunha²; Maurílio da Cruz Trigueiro³; Ana Christina de Lacerda Lobato⁴; Raquel Pinheiro Tavares⁵

RESUMO

Introdução: As síndromes hemorrágicas estão entre as principais causas obstétricas diretas de mortes maternas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde estima-se uma morte a cada quatro minutos. A hemorragia pós-parto reflete diretamente a qualidade da assistência, sendo uma das causas potencialmente prevenível e tratável. O desenvolvimento de manejos clínicos para seu controle torna-se de extrema importância na redução da mortalidade materna. **Objetivo:** Definir a melhor estratégia para a prevenção e o tratamento da hemorragia pós-parto, enfatizando o manejo ativo no terceiro estágio do trabalho de parto. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura no banco de dados Medline/PubMed, LILACS/SciELO, Cochrane Library e no site do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists em busca das melhores evidências clínicas disponíveis, considerando-se o grau de recomendação. **Resultados:** Verificou-se que o manejo ativo da terceira fase do trabalho de parto é de fundamental importância para a prevenção da hemorragia pós-parto. O uso de uterotônicos, sendo a ocitocina o fármaco de primeira linha para este fim, a tração controlada de cordão umbilical com massagem uterina são a base deste tratamento. O tratamento cirúrgico também pode ser necessário e deve ter uma indicação precisa e de acordo com a experiência do cirurgião. **Conclusão:** Uma boa assistência a gestantes durante o trabalho de parto, principalmente uma conduta ativa no terceiro estágio, interfere de forma positiva para a prevenção de hemorragias maternas graves, contribuindo para o controle e diminuição da mortalidade materna.

Palavras-chave: Trabalho de Parto; Hemorragia Pós-Parto; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

Introduction: The haemorrhagic syndromes are the main causes of direct obstetric maternal deaths. According to data from the World Health Organization estimated one death every four minutes. Postpartum haemorrhage directly reflects the quality of care, being a potentially preventable and treatable causes. The development of clinical managements to their control it becomes of extremely important for reduction maternal mortality. **Objective:** The aim of this work was to search in literature the most important strategy to prevent and the treat the postpartum haemorrhage, emphasising the active management in the third stage of labour. **Methods:** A revision of literature in the Medline/ PubMed, LILACS/ SciELO, Cochrane Library and in the site of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists data base was carried through, in search of the best clinical evidences available, take into account also the degree of recommendation. **Results:** It was founded that the active management of third stage of labour is fundamental for prevention of postpartum hemorrhage. The oxytocin was first line drug for this effect, the control umbilical lace traction with uterine massage is the base of this treatment. The surgery can be necessary and must have a straight indication and the experience of surgeon has a lot of importance. **Conclusion:** A good care for pregnant women during the labour, mainly in the active third stage of labour interferes in a positive way to prevent severe moth-

Instituição:
Serviço de Saúde da Mulher do
Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG

Endereço para correspondência:
Hospital Júlia Kubitschek
Rua Cristiano Rezende, 2745
Bairro: Bonsucesso
Belo Horizonte, MG – Brasil
Email: inessaberaldo@yahoo.com.br

ers' haemorrhages, and contributes to the reduction of maternal mortality.

Key words: Labor, Obstetric; Postpartum Haemorrhage; Clinical Protocols.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, é um bom indicador da saúde da mulher na população e do desempenho dos sistemas de atenção à saúde.

As mortes maternas correspondem a cerca de 6% dos óbitos de mulheres entre 10 a 49 anos no Brasil¹, sendo as causas obstétricas diretas responsáveis por 66% dessas mortes. Os quatro principais determinantes diretos são as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto.²

Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que cento e quarenta mil mulheres morrem todos os anos, em todo o mundo, devido a hemorragia pós-parto (HPP), o que pode ser traduzido numa morte a cada quatro. Da mesma forma, no Brasil em 1998 as mortes devidas às síndromes hemorrágicas apareceram em 12,4% das declarações de óbito.²

Segundo o IBGE, estima-se que no Brasil haja uma redução de 75% da mortalidade materna até o ano de 2015. Como a hemorragia pós-parto é uma das causas de mortalidade materna potencialmente prevenível e tratável e reflete diretamente a qualidade da assistência, o desenvolvimento de manejos clínicos para seu controle torna-se de extrema importância para a redução deste índice.

Esta revisão tem por objetivo, definir a melhor estratégia para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, enfatizando o manejo clínico no terceiro estágio do trabalho de parto, período de maior risco para síndromes hemorrágicas.

MATERIAL E MÉTODO

Foram realizadas pesquisas nos bancos de dados Medline/PubMed, LILACS/SciELO, Cochrane Library e no site do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists em busca das melhores evidências clínicas disponíveis, considerando-se o grau de recomendação. Foram utilizados os seguintes descritores na língua inglesa: 'third stage of labour', 'postpartum haemorrhage', 'active management', 'guidelines'.

A escolha dos artigos foi realizada com base nos títulos e resumos e, quando relacionados com o assunto de interesse, procurou-se o texto completo. Os artigos foram publicados entre 2006 e 2011, sendo selecionados 30 estudos com os melhores níveis de evidência.

Ao longo deste trabalho serão mencionados os graus de recomendação e força de evidência conforme abaixo:

- A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (meta-análises ou ensaios clínicos randomizados).
- B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência (outros ensaios clínicos não randomizados, estudos observacionais ou estudos caso-controle).
- C: Relatos ou séries de casos (estudos não controlados).
- D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tradicionalmente a definição de hemorragia pós parto (HPP) é a perda de sangue acima de 500 mL após o parto vaginal e acima de 1000 mL após o parto abdominal. Para fins clínicos, qualquer perda de sangue capaz de produzir instabilidade hemodinâmica deve ser considerada HPP.³ O volume de perda sanguínea necessário para causar esta instabilidade vai depender da condição pré-existente da mulher.³ Três por cento de todos os partos vaginais podem resultar em hemorragia pós-parto grave se não for empregado o manejo apropriado.⁴ A maioria das HPP ocorre dentro das primeiras 24 horas após o parto e é chamada de "HPP primária". A secundária, ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto.⁵

Dentre as complicações observa-se o risco de morte materna, a hipotensão ortostática, a anemia (que aumenta o risco de depressão pós-parto), a fadiga, dificuldades no cuidado com o bebê, a transfusão de hemoderivados (com potenciais efeitos colaterais e complicações), o choque hipovolêmico, a Síndrome de Sheehan, podendo levar à falha na amamentação, a isquemia miocárdica e as coagulopatias.⁴

São considerados fatores de risco para HPP: pré-eclampsia, história de hemorragia em partos anteriores, gestações múltiplas, cicatriz de cesárea anterior, multiparidade, terceiro tempo prolongado (mais de

30 minutos), episiotomias extensas, parto operatório e macrossomia fetal.⁶

Identificar mulheres com fatores de risco importantes para hemorragia pós-parto e programar a interrupção dessas gestações em centros especializados, com bancos de sangue e equipe capacitada é uma das estratégias válidas para minimizar as consequências da HPP. Outras são a correção da anemia materna durante o pré-natal e evitar episiotomia desnecessária nas gestantes.⁴

Segundo a Sociedade Canadense as principais causas de hemorragia pós-parto podem ser definidas como os 4 “Ts” (Tabela 1):

Tabela 1 - Causas de hemorragia pós-parto: os 4 “Ts”

Tônus	atonía uterina, bexiga distendida
Trauma ou trajeto	lacerações da vagina, colo uterino e útero (incluindo inversão uterina e ruptura uterina)
Tecido	retenção de placenta e coágulos
Trombina	distúrbios de coagulação pré-existent ou adquiridos

Fonte: SOGC, 2009.

A terceira fase do trabalho de parto compreende o período entre o nascimento do bebê e a dequitação placentária, momento em que a musculatura uterina se contrai para conter o sangramento uterino. Qualquer falha neste mecanismo pode ocasionar grandes perdas sanguíneas, caracterizando a hemorragia pós-parto. Evidências atuais demonstram que o manejo ativo nesta fase do trabalho de parto, em detrimento do manejo expectante, pode contribuir para a prevenção de maiores perdas sanguíneas (A).⁷

Desde a Grécia antiga, a importância da terceira fase do trabalho de parto tem sido reconhecida. Aristóteles (384-322 aC) aconselhou que os atrasos na entrega da placenta deveria ser gerida por amarrar pesos no cordão umbilical. Em 1853, Carl Siegmund Franz, obstetra Crede (1819-1892), desenvolveu um método alternativo (manobra de Crede) para acelerar a terceira fase do trabalho. Nesta manobra, o fundo do útero é agarrado com uma mão até a expulsão da placenta. Em caso de hemorragia ou falha nas contrações, o fundo era friccionado. Esta manobra gerou controvérsias devido à sua interferência com a separação fisiológica da placenta. Johann Friedrich Ahlfeld (1843-1929), propôs a conduta expectante, “hands-off” do útero para a terceira fase do trabalho de parto. Em 1962, Spencer introduziu o conceito de tração controlada do cordão. Mas, sem dúvida, o mais importante para gestão da

terceira fase do trabalho de parto foi a introdução de drogas uterotônicas.⁸

O manejo ativo compreende a administração de drogas uterotônicas, o clampeamento oportuno (entre 30 e 60 segundos) e a tração controlada do cordão umbilical. Recentes estudos tem mostrado que o clampeamento do cordão umbilical após 60 segundos do nascimento pode trazer benefícios ao recém-nascido, sem aumentar os riscos de hemorragia pós-parto. Assim, os benefícios incluem uma menor taxa de anemia em pré e pós-termos (consequentemente, menor necessidade de hemotransfusão, menor ocorrência de icterícia neonatal e menor risco de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor) e menor risco de hemorragia intraventricular em pré-termos extremos (A).⁹ Diretrizes internacionais sugerem que o clampeamento precoce de cordão deva ser substituído por massagem uterina até a completa dequitação placentária.⁹

O reconhecimento imediato de sangramento excessivo após o parto é crucial. Para a estimativa de perda de sangue, os médicos devem utilizar marcadores clínicos (sinais e sintomas) ao invés de uma estimativa visual (B). A terapia inicial deve visar agressiva reposição de fluidos (e de sangue, se necessário) para manter o volume circulante adequado para uma boa oxigenação de órgãos e tecidos, seguido de tratamento direto da causa da hemorragia (C)¹⁰. Uma bandeja com material necessário ao atendimento de uma paciente com HPP deve estar sempre presente e ser conferida regularmente (B).¹¹ É importante também a comunicação com a paciente e seu acompanhante, com informações claras a respeito da gravidade da situação.

Como a principal causa de HPP é sem dúvida a atonia uterina, o uso de uterotônicos torna-se uma das mais importantes estratégias na prevenção e tratamento da HPP. A perda de sangue média em mulheres sem uterotônicos é de aproximadamente 150-200 mL maior que para aquelas que foi administrado uterotônicos.¹²

Drogas uterotônicas

- **Ocitocina (nonapeptídeo produzido na neurohipófise):** tem semelhança biológica ao hormônio antidiurético e é o agente de primeira linha para prevenção e tratamento da HPP. A dose e rota preferidas para profilaxia de HPP são 10UI IM, que deve ser administrada preferencialmente

após o desprendimento do ombro anterior (A).³ Pode se utilizar também após o nascimento vaginal, um bolus IV de ocitocina, 5 a 10 UI, aplicada durante 1 a 2 minutos (B).¹³ A infusão intravenosa de ocitocina (20-40 UI em 1000 mL, a 150 mL por hora, em bomba de infusão contínua) é uma alternativa aceitável para o tratamento da HPP, associada a manobras de compressão uterina ou massagem bimanual (manobra de Hamilton) (B).¹⁴ Alguns trabalhos mostram que o uso de ocitocina intraumbilical (20 UI ocitocina + 30 mL solução salina) reduziu a perda de sangue e a duração da terceira fase do trabalho de parto, porém seu uso rotineiro na prevenção da HPP ainda é questionável.¹⁵ É importante ressaltar que o uso de ocitocina para indução de trabalho de parto não interfere com a resposta a este medicamento no terceiro estágio do trabalho de parto.¹⁶

- **Alcalóides do Ergot:** a ergonovina (0,2mg IM) é considerada segunda opção para prevenção da HPP (B), pois está associada a maior incidência de efeitos colaterais do que a ocitocina. Devem ser evitados em mulheres com história de hipertensão arterial, enxaqueca e fenômeno de Raynaud (A). Sintometrina (ocitocina 5UI + Ergometrina 0,5mg) tem apresentado bom controle da HPP leve, mas sem diferença estatisticamente significativa em relação à HPP grave quando comparado ao uso isolado de ocitocina.^{17,18}
- **Prostaglandinas:** o misoprostol, um análogo da PGE1, tem sido principalmente utilizado para HPP como um último recurso quando outras intervenções médicas não são suficientes.¹⁹ Não são úteis inicialmente na gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto, devido a altas taxas de diarreia, calafrios e febre. Porém, o misoprostol (200 a 1000mcg) por via oral, sublingual, vaginal ou retal pode ser efetivo no tratamento da HPP, principalmente em lugares onde uterotônicos injetáveis não estão disponíveis, sendo esta uma indicação aceitável *off-label* (B).²⁰ Dados atuais sugerem que o misoprostol pode potencializar o efeito da ocitocina, provocando uma contração miometrial sustentada, o que poderia justificar o uso das duas drogas associadas tanto para profilaxia quanto para tratamento da HPP, porém, mais estudos são necessários para avaliar o potencial risco-benefício desta associação como prática rotineira.²¹
- **Agonista da ocitocina:** carbetocina (100mcg em bolus IV) foi associado com uma redução na ne-

cessidade de agentes uterotônicos terapêuticos (RR 0,44, IC 95% 0,25-0,78) em comparação com ocitocina em pacientes submetidos à cesariana, mas não naqueles submetidos a parto vaginal²²; menor necessidade de massagem uterina e maior duração de ação em relação à ocitocina.(B)

Quando a atonia uterina persiste mesmo após terapêutica medicamentosa adequada, deve-se recorrer ao tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico conservador deve ser tentado quando os uterotônicos falharem, mas a paciente está estável. São várias as possibilidades e o obstetra deve sempre dar preferência à técnica de menor complexidade, de acordo com as condições da paciente e a experiência do cirurgião. Sempre que possível, tentar preservar a fertilidade da paciente.

Terapia cirúrgica

As terapias cirúrgicas podem ser divididas em quatro grupos:

- **Aquelas que causam tamponamento da cavidade uterina:** O tamponamento com balão é o tratamento cirúrgico de primeira linha para as hemorragias após parto vaginal. Um teste de tamponamento positivo indica que esse tratamento é possível e descarta, a princípio, a necessidade de laparotomia. Pode ser utilizado um cateter urológico de *Rusch* ou balão de *Sengstaken-Blakemore*. Introduzido na cavidade uterina, o balão é preenchido com solução aquosa tamponando a área sangrante. Mais recentemente Akhter *et al.*, 2009 descreveram uma técnica com a utilização de condon amarrado na extremidade de uma sonda retal, sendo então preenchido com soro fisiológico até que o sangramento diminua ou cesse, devendo ser retirado em até 24 horas. Os testes de tamponamento implicam rigorosa vigilância materna, incluindo sinais vitais, altura uterina e sangramento vaginal, além de uso concomitante de ocitócicos e antibiótico.²³ Geralmente 4 a 6 horas com o balão insuflado são suficientes para conseguir hemostasia. Alguns trabalhos mostram até 84% de sucesso com esta técnica.⁶
- **Aquelas que visam causar contração uterina ou compressão (B):**
 - **Sututa de B-Lynch:** Os relatórios iniciais sugeriam que o procedimento era seguro e associado a nenhuma morbidade significativa.²³ Posteriormente, no entanto, houveram relatos de necrose uterina

grave, infecções, erosão da sutura através da parede uterina para o canal cervical e outras complicações. Tem uma taxa de sucesso no controle da hemorragia em torno de 91 %.⁶ A sutura B-Lynch é melhor usada para HPP resultante de atonia uterina e placenta prévia acreta. Há relato de gestações bem sucedidas após utilização desta técnica.⁵

- **Sutura hemostática de Cho *et al.* (sutura em caixa):** as paredes anterior e posterior do útero são suturados juntos para que o espaço na cavidade uterina seja eliminado. Também há relato de retorno da fertilidade com esta técnica.⁵
- **Aquelas que diminuem a oferta de sangue para o útero (B):**
 - Ligadura das artérias uterinas e hipogástricas. Esta última deve ser realizada por um cirurgião experiente que está familiarizado com a anatomia pélvica e com o curso retroperitoneal dos ureteres. Sucesso em 85% dos casos.⁶
 - Embolização das artérias uterinas e ilíacas internas: requer um radiologista intervencionista experiente e uma boa condição hemodinâmica da paciente. Efeitos colaterais e reações adversas incluem embolização inadvertida de estruturas importantes levando à necrose e gangrena, reações alérgicas, e insuficiência renal.²³ Houve inúmeros relatos de sucesso de gestações subsequentes após a embolização uterina ou artéria ilíaca interna, embora essas pacientes possam estar em risco de restrição de crescimento intra-uterino ou recorrência de hemorragia. Sucesso em 90% dos casos.⁶
- **Aquelas que visam retirar o útero (B):** Necessária em aproximadamente um a cada 1000 partos. É uma técnica definitiva que deve ser utilizada somente quando todas as outras técnicas falharam ou quando não há o desejo de se preservar a fertilidade. É primeira escolha no tratamento de HPP quando a causa principal é o acretismo placentário. Dá-se preferência sempre à histerectomia subtotal devido ao menor tempo cirúrgico, exceto quando a remoção do colo é indispensável para a hemostasia.⁵

Tratamento de outras causas de hemorragia pós-parto

Uma vez descartado atonia uterina, outras causas de hemorragia pós-parto devem ser pesquisadas.

Deve-se realizar inspeção de todo o canal do parto à procura de lacerações de trajeto e, uma vez identificado, providenciar a correção imediata. A inversão uterina é emergência obstétrica rara (0,05% dos partos vaginais) e uma tentativa deve ser feita para se reposicionar manualmente o útero (manobra de Taxe). A administração de agentes farmacológicos para ajudar no relaxamento do útero pode facilitar esta manobra. Se o reposicionamento manual é mal sucedido, então a intervenção cirúrgica é necessária (cirurgia de Huntington). Depois de o útero ter sido restaurado à sua posição normal, agentes uterotônicos são dados para evitar a inversão uterina recorrente. Deve-se sempre se lembrar da possibilidade de choque neurogênico.⁴

A rotura uterina é outra condição que pode resultar em hemorragia grave. Ocorre em cerca de 0,6 a 0,7% dos partos vaginais. Os fatores de risco são cesárea prévia, cirurgia uterina prévia, hiperestimulação por ocitocina, trauma, paridade alta, anestesia epidural, descolamento de placenta, fórceps alto e tentativa de versão uterina. A bradicardia fetal é um dos primeiros sinais de ruptura. Podem ocorrer também taquicardia fetal e materna, desacelerações, parada das contrações uterinas, sinal de Brandl-Frommel, sinais de choque hipovolêmico com pequeno sangramento exteriorizado e abdômen em tábua. Quando sintomática, o reparo cirúrgico é inevitável. Alguns casos assintomáticos podem ser tratados com conduta expectante.⁴

A retenção placentária por sua vez, ocorre em menos de 3% dos partos vaginais e é definida como a não eliminação da placenta após 30 minutos do nascimento.⁴ A injeção intraumbilical de 20 mL de solução salina 0,9% contendo 10 a 20UI de ocitocina pode ser tentada antes da extração manual (C). A remoção manual deve ser feita cuidadosamente, sob analgesia, procurando um plano de clivagem entre o miométrio e a placenta. Pensar em implantação anormal de placenta quando não houver plano de clivagem.⁴ A curetagem pós parto pode ser necessária.

Por fim, as coagulopatias, causas mais raras de hemorragia pós-parto, porém não menos importantes. Podem ocorrer em consequência de pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP síndrome, descolamento prematuro de placenta, óbito fetal, embolia de líquido amniótico e sepse. A avaliação deve incluir uma contagem de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina total ativada, RNI, fibrinogênio e produtos de degradação da fibrina (d-dímero). A gestão consiste em tratar o processo de doença subjacente, avaliar o estado de coagulação e substituição adequada de

componentes do sangue. Evidência para o benefício de fator VII ativado recombinante foram recolhidas a partir de poucos casos de HPP maciça. Portanto este agente não pode ser recomendado como parte da prática de rotina.⁵

Auditoria clínica

É importante lembrar-se da existência das auditorias clínicas, uma ferramenta útil e que pode exercer um impacto bastante significativo no controle da hemorragia pós-parto, uma vez que, através dela é possível avaliar a qualidade do atendimento

e realizar melhorias de acordo com a realidade de cada instituição.²⁴

O organograma da Figura 1 mostra desenho esquemático da abordagem na hemorragia pós-parto.

CONCLUSÃO

A hemorragia pós-parto é uma condição potencialmente grave e é responsável por grande morbimortalidade materna. Há uma grande preocupação mundial atualmente em implementar ações de saúde visando a prevenção e tratamento adequado desta importante complicação.

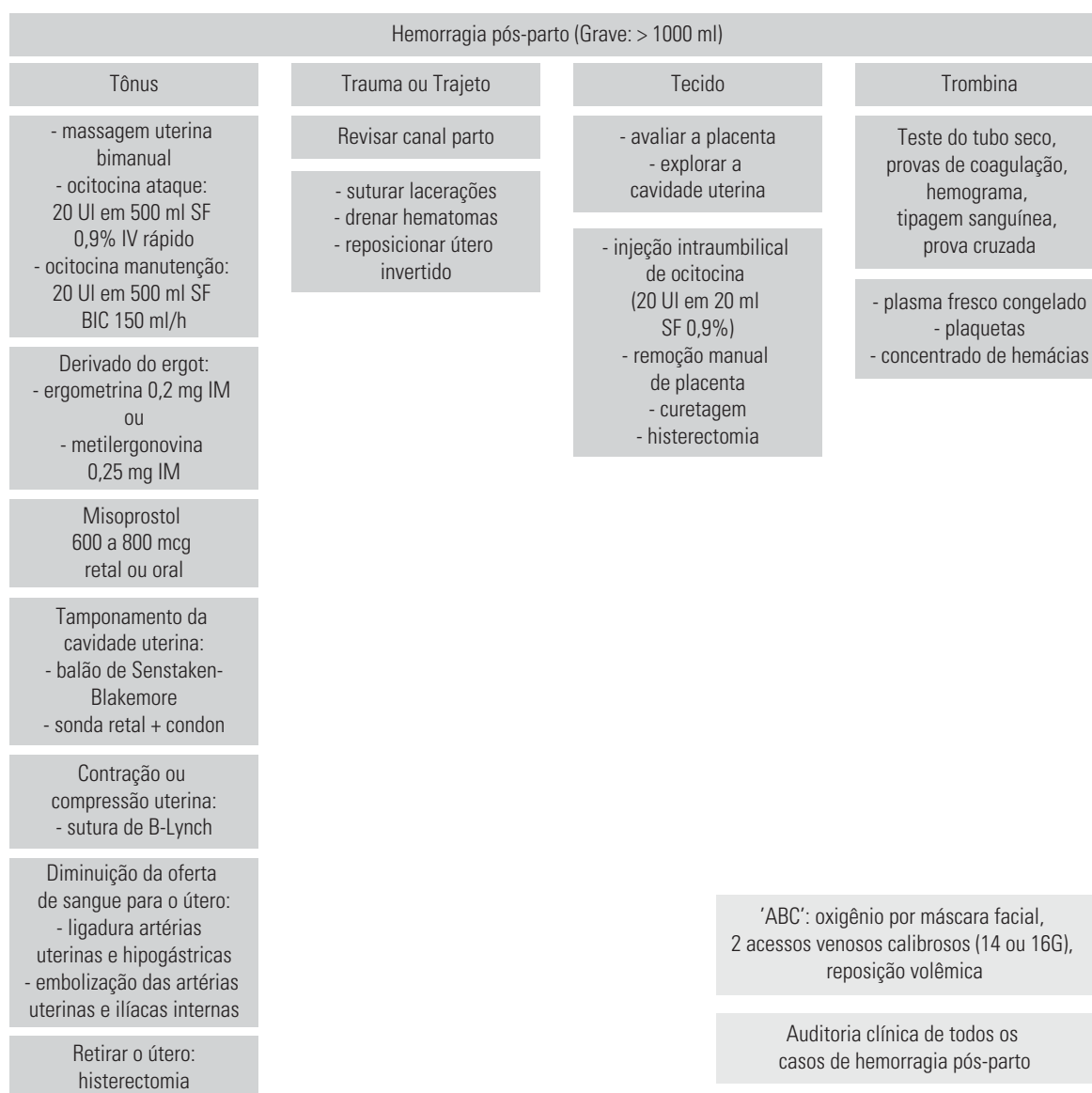


Figura 1 - Organograma para avaliação e manejo da hemorragia pós-parto. Adaptado Ministério da Saúde, 2009²⁵

Os cuidados básicos de pré-natal, com identificação e tratamento de fatores de risco para HPP, bem como a programação de parto para estas mulheres em centros de saúde com recursos adequados para o tratamento de uma possível complicação é de suma relevância. É extremamente importante que todas as equipes que assistem as gestantes por ocasião do parto, tenham conhecimento e prática suficientes para lidar de forma competente com esta séria condição, pois na maioria dos casos de hemorragia pós-parto não se consegue definir um fator de risco identificável.

Neste contexto, o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto torna-se de fundamental importância para a profilaxia da hemorragia pós-parto, tendo como pilares do atendimento, o uso de drogas uterotônicas, a tração controlada de cordão e a massagem uterina em substituição ao clampamento oportuno de cordão. A ocitocina aparece como droga de primeira linha para este fim, porém mais estudos são necessários para definir de forma mais precisa a indicação de doses e vias de administração, principalmente no que diz respeito às outras drogas disponíveis.

Por fim, as auditorias clínicas podem oferecer uma grande contribuição para a melhoria constante no atendimento a pacientes com HPP, definindo rotinas de prevenção e tratamento adequados para a realidade de cada instituição, sendo, portanto, uma ferramenta indispensável para a redução da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Banco de dados. [Citado em 2011 jun 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
2. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde. Dossiê Mortalidade materna. [Citado em 2011 jul 28]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br>.
3. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guideline - Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. JOGC. 2009 Out; 235:980-93.
4. Anderson J, Etches D. Postpartum hemorrhage: Third Stage Emergency. Also:1-14. In: Damos JR, Eisinger SH, editors. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Provider Course Manual. Clay Center, KS: American Academy of Family Physicians; 2000. p.1-15.
5. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007; 34:421-41.
6. Albert Einstein – Hospital Israelita. Diretrizes Assistenciais: hemorragia uterina pós-parto. Versão eletrônica, março 2012. [Citado em 2012 maio 08]. Disponível em: http://medical-suite.einstein.br/diretrizes/ginecologia/hemorragia_uterina_pos_parto.pdf
7. Prendiville Walter JP, Elbourne Diana, McDonald Susan J. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007.pub1
8. Gülmezoglu A, Souza J. The evolving management of the third stage of labour. BJOG. 2009; 116(supl 1):26-8.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Scientific Advisory Committee Opinion - Clamping of the umbilical cord and placental transfusion (SAC Opinion Paper 14). [Cited 2012 may 06]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/clamping-umbilical-cord-and-placental-transfusion>.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidelines and Audit Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - Prevention and management of postpartum haemorrhage. [Cited 2012 may 06]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52>
11. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. 2006; 135:634-41.
12. Sloan N, Durocher J, Aldrich T, Blum J, Winikoff B. What measured blood loss tells us about postpartum bleeding: a systematic review. BJOG. 2010 april; 117:788-800.
13. Audureau E, Deneux-Tharaux C, Lefeuvre P, et al. Practices for prevention, diagnosis and management of postpartum haemorrhage: impact of a regional multifaceted intervention. BJOG. 2009; 116:1325-33.
14. World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Geneva: WHO Press; 2006.
15. Güngördük K, Ascioglu O, Besimoglu B, et al. Using intra-umbilical vein injection of oxytocin in routine practice with active management of the third stage of labor: A randomized controlled trial. Obst Gynecol. 2010; 116(3):619-24.
16. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, et al. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 2011; 204:238-5.
17. McDonald Susan J, Abbott Jo M, Higgins Shane P. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2
18. Cotter Amanda M, Ness Amen, Tolosa Jorge E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub4
19. Justus HG, Fawole B, Mugerwa K, et al. Administration of 400 µg of misoprostol to augment routine active management of the third stage of labor. IJGO. 2011; 112:98-102.

20. Gülmezoglu A Metin, Forna Fatu, Villar José, Hofmeyr G Justus. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD000494. DOI: 10.1002/14651858.CD000494.pub4
 21. Fawole AO, Sotiloye OS, Hunyinbo HI, *et al.* A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of misoprostol and routine uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage. IJGO. 2011; 112:107-11.
 22. Silverman F, Bornstein E. Management of the third stage of labor. UpToDate. 2010. [http://www.uptodate.com/contents/management-of-the-third-stage-of-](http://www.uptodate.com/contents/management-of-the-third-stage-of)
 23. Nagahama G, Vieira LC, Jover PB, *et al.* O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch – série de casos. RBGO. 2007; 29:120-5.
 24. Dupont C, Deneux-Tharaux C, Touzet S, *et al.* Clinical audit: a useful tool for reducing severe postpartum haemorrhages?. Int J Quality Health Care. 2011; 23(5):583-9.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação e manejo em emergências obstétricas : hemorragia pós-parto. Brasília, DF: Editora MS; 2009. [Citado em 2011 jun. 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/avaliacao_manejo_obstetricas_hemorragia_pos_parto.pdf.
-