

Hemorragia Pós-parto

Postpartum hemorrhage

Diego Nascimento Moraes¹, Fabiana Bastos Rezende¹, Fabrício Andrade Magalhães¹, Sarah Pereira de Freitas¹, Mariana Campos Linhares¹, Fabiana Fagundes Almeida Santos¹, Amanda do Prado Moraes Pires¹, Priscila Valéria do Carmo Carvalho¹, Paula Cristina Martins Soares², Alamanda Kfoury Pereira³

RESUMO

A hemorragia pós-parto (HPP) constitui a complicação obstétrica com maior índice de mortalidade materna em todo o mundo. Até 90% desses óbitos podem ser evitados com cuidado médico adequado. Este trabalho objetiva a atualização da classificação e diagnóstico da HPP com o intuito de tornar o conhecimento adequado quanto às medidas preventivas e a instituição da terapêutica em tempo hábil e de forma eficaz.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Complicações do Trabalho de Parto; Mortalidade Materna

ABSTRACT

The postpartum hemorrhage (PPH) is the obstetric complication with the largest maternal mortality rate all over the world. Motivated by the estimate that up to 90% of those deaths could be avoided by appropriate medical care, this work aims at supplying the professionals in charge of the attendance of the delivering women general knowledge on how to proceed before HPP situation, reducing the maternal morbimortality. It is a bibliographical revision accomplished by scientific articles obtained through searches in portals recognized in the academic-scientific group that approaches some of the definitions of PPH accepted currently, its classification and diagnosis. The knowledge of the risk factors makes possible to the assistance team to take preventive measures and to be prepared to institute the therapeutic measures, in case it is necessary, in skilled time and in an effective way. It is hoped that the correct intervention in the cases leads to a reduction of the maternal morbimortality due to that condition, something not just desirable, but feasible.

Key words: Postpartum Hemorrhage; Obstetric Labor Complications; Maternal Mortality

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) complica 18% de todos os partos e representa a causa mais importante de mortalidade materna no mundo, responsável por 25 a 30% de todos os óbitos maternos.¹ Estima-se, entretanto, que até 90% desses óbitos podem ser prevenidos com um melhor cuidado médico.¹

Esta revisão objetiva revisar as principais causas de HPP, bem como sua prevenção e tratamento, com o intuito de discutir as medidas iniciais do atendimento à parturiente, que são extremamente essenciais para preservar sua vida e minimizar suas complicações.

¹ Acadêmico(a) em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

² Obstetra da Maternidade do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves

³ Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de
Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital
Risoleta Tolentino Neves.

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas
Gerais
Av. Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte/ MG. CEP:
30130-100.

DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO, CLASSIFICAÇÃO

A definição de HPP é controversa; há várias aceitas,² o que dificulta a comunicação entre médicos e até seu diagnóstico. É comum considerar a HPP como a perda de sangue maior que 500 mL após parto vaginal e maior que 1.000 mL após cesariana; entretanto, como a perda normal de sangue após o parto vaginal é de 400 a 600 mL, e após cesariana é de até 1.000 mL, existe a tendência de subestimar esse sangramento. Outra definição aceita é a diminuição em 10% da hemoglobina materna após o parto, em comparação com seus valores do pré-parto. Essa definição não é ideal porque exige confirmação laboratorial, o que pode ser indesejável diante de sangramento que ameace a vida da paciente e exija a instalação de medidas rápidas. Existem condições pré-parto que podem produzir hemoconcentração, como desidratação e pré-eclâmpsia, com queda na hemoglobina após o parto, mesmo sem sangramento excessivo, que podem dissimular laboratorialmente o diagnóstico. A melhor definição para combinar esses dados resulta da definição de sangramento excessivo que torne a paciente sintomática (tonteira, vertigem, síncope) e/ou com manifestações de hipovolemia (hipotensão, taquicardia, oligúria¹ - Tabela 1). A Organização Mundial de Saúde define a HPP como perda de mais de 500 mL de sangue nas primeiras 24 horas após o parto.

A HPP, após sua caracterização, deve ser classificada em primária e secundária.² A forma primária ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, ocorrendo em 4 a 6% de todos os nascimentos, sendo na maioria das vezes devida a atonia uterina.¹ A hemorragia é secundária ou tardia quando ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto. Associa-se com complicação em 1 a 3% dos partos, na maioria das vezes, devido a retenção de restos placentários. Manifesta-se, frequentemente, na segunda semana de pós-parto.¹

INCIDÊNCIA, MORTALIDADE E MORBIDADE

A incidência da HPP depende da definição utilizada. A perda de 500 mL ocorre em 18% dos partos e de 1.000 mL ou mais em 1 a 5% deles.¹ Dados recentes obtidos no Canadá³ e Austrália⁴ revelaram incidências de 5,1 e 4,9%, respectivamente. Observa-se no Reino Unido⁵ tendência de aumento nas taxas de HPP, o que é parecido em todo o mundo, devido, provavelmente, à maior ocorrência de fatores de risco, como idade materna mais elevada, multiparidade e realização de cesarianas.

O óbito materno ocorre em menos de 1% das gestações na maioria dos países desenvolvidos¹ e entre 25 a 30% são devidos à HPP. Estima-se perda de 150.000 vidas por dia devido a HPP, 88% delas ocorrendo nas primeiras quatro horas de pós-parto.¹ Mais de 50% de toda morbidade materna na gestação⁵ decorre de hemorragia obstétrica. As complicações não fatais são hipotensão e fadiga (prejudicando o contato mãe-filho), anemia importante e coagulopatia, necessidade de hemotransfusão e suas possíveis complicações, isquemia hipofisária e hipotuitarismo (síndrome de Sheehan), redução da lactação, isquemia miocárdica e complicações de tratamento cirúrgico.

FATORES DE RISCO

O sangramento após o parto é normalmente prevenido pela contração do miométrio comprimindo os vasos sanguíneos que irrigam o leito placentário, e por fatores hemostáticos decíduais locais (fator tecidual, inibidor da ativação do plasminogênio tipo 1) e sistêmicos da coagulação (plaquetas, fatores circulantes da coagulação).²

Para existir sangramento excessivo, deve haver falha de algum desses fatores, ou sua capacidade deve ser superada por outro fator complicante. Os quatro

Tabela 1 - Correlação de achados clínicos e perda sanguínea na HPP¹

Perda sanguínea estimada (mL)	% perda de sangue	Frequência cardíaca	PA	Manifestações clínicas
500-1000	10-15	< 100	Normal	Nenhum
1000-1500	15-25	100-120	Pouco reduzida	Vasoconstrição, fraqueza, sudorese
1500-2000	25-35	120-140	80-100	Cansaço, oligúria
2000-3000	35-45	>140	60-80	Anúria, alterações de consciência

PA: pressão arterial sistólica

processos que podem gerar HPP podem ser memorizados como os “quatro T’s”: **T**ônus (redução do tônus uterino), **T**ecido (retenção de produtos da concepção, prejudicando a coagulação local), **T**rauma genital e **T**rombina (distúrbios da coagulação). São identificados, na maioria dos casos de HPP, os fatores de risco para uma ou mais dessas quatro condições, que devem sejam reconhecidas as medidas de prevenção e preparadas a abordagem da(s) complicação(ões) potencialmente grave(s) do trabalho de parto.² Os fatores de risco (Tabela 2) mais comuns são a atonia uterina (53%) e alterações da inserção placentária (38%).¹

PREVENÇÃO

A participação da HPP na morbimortalidade é tão importante que devem ser tomadas todas as medidas possíveis de atuação para que seja evitada ou minimizada. A prevenção começa no pré-natal,¹ com a identificação de fatores de risco para reduzi-los, caso sejam passíveis de tratamento, seja pelo diagnóstico e tratamento de comorbidades como anemia, coagulopatias e desidratação, seja pelo controle do diabetes, de modo a evitar polidramnia e macrosomia.

A principal conduta no momento do parto é o manuseio ativo do terceiro período do trabalho de parto (dequitação).¹ Consiste em três medidas: administração de medicação uterotônica⁷ após o parto (reduz em 40% o risco de hemorragia), clampagem precoce do cordão umbilical (em no máximo 60 segundos) e tração controlada do cordão umbilical durante a retirada da placenta. A droga de escolha é a ocitocina (dose usual de 10 UI IM ou EV),⁷ pois é tão eficaz quanto a ergotamina e as prostaglandinas, mas com menos efeitos colaterais.

TRATAMENTO

As medidas de controle da HPP devem ser rapidamente tomadas e consistem⁷ no atendimento do ABC (vias aéreas, respiração, coração-pulso, PA), em seguida na obtenção de acesso venoso calibroso e por último na infusão de fluidos EV e de droga uterotônica (tabela III). Deve-se pedir ajuda e iniciar a massagem uterina, que não deve ser interrompida enquanto não for afastada a possibilidade de sua atonia. Deve sempre ser revisto o diagnóstico da hemorragia e estabelecido o tratamento adequado para cada condição.

Tabela 2 - Correlação de achados clínicos e perda sanguínea na HPP¹

Processo	Fisiopatologia	Fatores de risco clínicos
Contração uterina anormal (tônus)	Distensão uterina	Gestações múltiplas
		Polidrâmnio
	Fadiga muscular uterina	Macrossomia
		Trabalho de parto prolongado
		Parto induzido/ prolongado/ precoce. Ocitocina prolongada (saturação de receptores).
	Coriamnionite	Hemorragia pós-parto prévia
	Anormalidade uterina	Tempo prolongado de bolsa rota
Droga relaxante uterina	Fibrose, placenta prévia	
Retenção de produtos da concepção (tecido)	Placenta acreta/ increta/ precreta	Betamiméticos, Sulfato de Magnésio, anestésicos
		Cirurgia uterina prévia
	Retenção de membranas/ placenta	Placenta prévia
Trauma no trato genital	Laceração do colo, vagina ou períneo	Multiparidade
		Remoção manual de placenta. Lobo acessório.
		Parto precipitado
	Extensão/laceração na incisão da cesariana	Macrossomia
		Distócia de ombros
		Parto cirúrgico
Rotura uterina	Espisiotomia (principalmente médio-lateral)	
Inversão uterina	Cirurgia uterina prévia	Posição ou apresentação desfavorável
		Placenta fúndica
	Grande múltipara	
Distúrbios da coagulação (trombina)	Adquiridos na gravidez	Tração excessiva do cordão umbilical
		Sepse
	Preexistentes	Hemofilia, doença de Von Willerbrand, hipofibrogenemia
		Síndrome HELLP
Anticoagulação		

A ausência de interrupção da hemorragia após a realização de todas as opções terapêuticas de manutenção uterina (suturas vasculares, embolização de artérias, medidas não cirúrgicas) pode resultar, como medida de última instância, na histerectomia,

que deve ser feita com a técnica mais simples possível, devido à necessidade de correção da hemorragia aguda e pela possibilidade de haver coagulopatia.^{8,9} São realizadas, em média, 2,5 histerectomias por cada 1.000 partos nos EUA.¹

CONCLUSÃO

É de suma importância que a abordagem da gestante inclua o pleno conhecimento das causas de HPP e se saiba abordá-las corretamente, de forma a intervir corretamente.

REFERÊNCIAS

1. Devine PC. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009 Abr; 33(2):76-81.
2. Jacobs AJ. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. [Cited 2009 Sep.08]. Available from: www.uptodate.com.
3. Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *Br J Obstet Gynaecol.* 2007 May; 114(6):151-9.
4. Cameron CA, Roberts CL, Olive EC, Ford JB, Fischer WE. Trends in postpartum hemorrhage. *Aust N Z J Public Health.* 2006 Apr;30(2):151-6.
5. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a fifteen year population based study. *J Obstet Gynaecol.* 2005; 25(1):7-9.
6. Breathnach F, Geary M. Uterine atony: definition, prevention, non-surgical management, and uterine tamponade. *Semin Perinatol.* 2008 Abr;33(2):82-7.
7. Hospital Insraelita Albert Einstein. Diretrizes assistenciais em hemorragia pós parto. São Paulo: Hospital Insraelita Albert Einstein; Março de 2009.
8. Jacobs AJ. Peripartum hysterectomy. [Cited 2009 Sep.08]. Available from: www.uptodate.com.
9. Shah M, Writh JD. Surgical intervention in the management of postpartum hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009 Abr; 33(2)109-15.