
ASSISTÊNCIA À HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PROTOCOLO

POSTPARTUM HEMORRHAGE GUIDELINE

Fabiano Bandeira Chiba,* Maíra Marques da Silva Nery,** Ione Rodrigues Brum***

Resumo

Hemorragia pós-parto é definida como perda sanguínea maior que 500 ml nas primeiras 24 horas após a expulsão do concepto. Representa uma importante causa de mortalidade materna tanto em países subdesenvolvidos como nos desenvolvidos, sendo a ausência de protocolo de assistência um fator de risco relevante para a manutenção desse quadro. As principais causas são: atonia uterina, retenção placentária e acretismo, inversão uterina, ruptura uterina, hematoma perineal e distúrbios de coagulação. Constituem medidas importantes: massagem uterina vigorosa; instalar dois sistemas venosos periféricos calibrosos; uterotônicos; compressão uterina bimanual; repor volume e sangue; revisar canal de parto e curagem; tamponamento uterino; laparotomia.

Palavras-chave: Protocolo, Hemorragia Pós-Parto; Atonia Uterina; Inversão Uterina; Ruptura Uterina

Abstract

Postpartum hemorrhage is defined as a blood loss greater than 500 ml in the first 24 hours after the conceptus expulsion. It is an important cause of maternal mortality in both developed and underdeveloped countries, and the absence of a well established postpartum guideline, represents a relevant risk factor for the perpetuation of this condition. The main causes are: uterine atony, retained placenta and accreta, uterine inversion, uterine rupture, perineal hematoma and bleeding disorders. Important management measures are: vigorous uterine massage; install two caliber peripheral venous access; uterotonics; bimanual uterine compression; restore volume and blood review the delivery channel and curing; uterine tamponade; laparotomy.

Keywords: Guideline, Postpartum Hemorrhage; Uterine atony; Uterine Inversion; Uterine Rupture.

Introdução

Hemorragia pós-parto é definida como uma perda sanguínea de 500 ml ou mais dentro de 24 horas após o parto, nas cesarianas esta perda pode chegar a 1000 ml e, portanto, acredita-se que seja uma perda sanguínea que torne a paciente sintomática ou resulte em sinais de hipovolemia.¹ É uma das principais causas de morte materna; nos Estados Unidos, destaca-se como a primeira, embora várias ações no

sentido de prevenção venham sendo implementadas como verificação da hemoglobina e correção da anemia antes do parto. Embora existam fatores predisponentes, como, por exemplo, descolamento prematuro de placenta, gestação gemelar, multiparidade, iteratividade, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prolongado, terceiro estágio do parto prolongado, entre outros, devemos estar atentos, pois pode ocorrer em partos normais ou cesarianas que tiveram sua evolução normal.² O

presente estudo visa elaborar um protocolo de assistência à hemorragia no puerpério, padronizando, assim, o seu atendimento no serviço de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Amazonas.

Métodos

Foi realizada revisão bibliográfica no período de abril a junho de 2014, sendo selecionadas cinco referências mais relevantes para a elaboração do protocolo de assistência à hemorragia no puerpério.

Discussão

1 - Medidas Iniciais:

1. Acesso venoso periférico (pelo menos dois) com cateter periférico calibroso (jelco 16 ou 14);^{1,5}

2. Expansão do volume com cristaloides (ringer lactato ou soro fisiológico);^{1,5}

3. Monitorização da pressão arterial, pulso, oximetria e diurese (sonda vesical);^{1,5}

4. Colheita de sangue para: tipagem sanguínea e fator RH, prova cruzada, hemoglobina (HGB) e hematócrito (HTC), coagulograma;³

5. Queda > 10% no HTC e HB - necessidade de transfusão sanguínea.³

2 - Medidas Diagnósticas:

1. Verificar se o útero está contraído;¹

2. Inspeccionar, identificar e reparar lacerações do canal de parto;¹

3. Verificar se existem restos placentários por avaliação do material dequitado e exploração manual (USG não é capaz de diferenciar adequadamente tecido placentário de coágulos);¹

4. Excluir anomalias da placentação, rotura uterina ou inversão uterina;¹

5. Excluir distúrbios de coagulação.¹

3 - Conduta Segundo o diagnóstico:

Atonia Uterina: Ausência do globo de segurança de Pinard, com relaxamento uterino:

1º. Massagem do fundo uterino;^{3,5}

2º. Citocina: 20 - 30 UI em SG 5% 500ml (amp com 5UI/ml), EV, 16ml/h;³

3º. Metilergometrina: 0,2 mg IM, cuidado com hipertensas;^{3,5}

4º. Misoprostol: 800-1000 µg via retal;^{3,5}

5º. Manobra de Hamilton, compressão bimanual (uma mão no fundo do útero e outra fechada no interior da vagina, exercendo compressão combinada);⁵

6º. Tamponamento uterino: introduz-se, através do colo, uma faixa de gaze seca ou compressas suficientes para preencher completamente a cavidade uterina, tamponando inclusive a cavidade vaginal.⁵ Realizar antibioticoterapia profilática no momento em que se realizar o tamponamento vaginal. O tamponamento deverá ser removido após 24 horas. Balão hemostático (Bakri, Rush, Sengstaken-Blackmore) pode ser utilizado com o objetivo de aumentar a pressão intrauterina e assim parar a hemorragia. Sua vantagem é permitir avaliar o grau de eficácia do tamponamento pela

monitorização da saída de sangue pelo cateter que fica exteriorizado pelo colo;^{1,2}

Técnica de Rashmi: introduzir um condom no útero amarrado a uma sonda, por meio desta encher o condom com 250 a 500ml de soro fisiológico, manter com ocitocina ev por no mínimo 6 hs, manter antibiótico por sete dias, esvaziar o condom lentamente após 24 a 48h.²

7º. abordagem cirúrgica deverá levar em conta a idade e paridade da paciente;^{1,2}

a) Ligadura das artérias uterinas ou hipogástricas;

b) Sutura hemostática B-Lynch;

c) Embolização de artérias uterinas;

d) Histerectomia subtotal (histerectomia total realizada nos casos de necessidade de retirada do colo uterino, como neoplasia cervical, sangramento do colo uterino, placenta prévia com acretismo).

Obtendo-se sucesso com as primeiras abordagens, manter infusão de ocitocina ou misoprostol retal e um peso (saco de areia) sobre o abdômem nas primeiras horas com intuito de manter o útero contraído.²

Retenção Placentária e Acretismo: Preconizase conduta ativa após 10 minutos de espera da dequitação placentária fisiológica. Se não ocorreu:^{2,3}

a) Identificar se houve ou não o desprendimento da placenta. Se houve e esta não se exteriorizou, é um caso de encarceramento por anel de constrição. Resolve-se com anestesia geral, halogenados, que proporciona relaxamento do útero e extração manual;

b) A manipulação da cavidade uterina deve ser realizada com adequada analgesia;

c) Se não houve o desprendimento, inicia-se com manobra de Crédé (compressão do fundo do útero) e não obtendo sucesso realiza-se anestesia geral e retirada manual da placenta (curagem) procurando um ponto de clivagem;

d) Não encontrando-se um ponto de clivagem há um quadro de um acretismo placentário;

e) No acretismo placentário sem condições de extração manual esta indicado a laparotomia.

Inversão Uterina: Ocorre mais em múltiparas,

Chiba et al

acretismo placentário, tração excessiva do cordão. Pode levar a choque hipovolêmico (pela perda sanguínea) e/ou neurogênico (pela dor):²

a) Manobra de Taxe (desinversão manual do útero para sua posição normal) sob anestesia;

b) Pode-se deixar uma compressa dentro da cavidade uterina para manutenção do útero nesta posição;

c) Laparotomia com tração cirúrgica do corpo com pinças (procedimento de Huntington);

d) Manter com ocitocina.

Ruptura Uterina: Detectado ao exame digital da cavidade uterina.

a) Rafia da lesão;²

b) Histerectomia parcial ou total;²

c) Hematomas de ligamento largo deve ser drenado. Se o hematoma se estender ao retroperitônio não deve ser manipulado.²

Hematoma Perineal: Geralmente, sua instalação é rápida e pode atingir grandes volumes. Está associado a distocias no período expulsivo, fórceps e pode ocorrer espontaneamente mesmo sem laceração:²

- a) Drenagem com ligadura do vaso;
- b) Nos casos de muita dissecação dos tecidos pelo hematoma em que não se consegue identificar o vaso, faz-se um tamponamento após a drenagem.

Distúrbio de Coagulação: Nos casos de hemorragia puerperal súbita com ou sem atonia uterina, refratária as medidas iniciais de

tratamento deve-se pensar em distúrbio de coagulação:²

a) Solicitar tempo de tromboplastina parcial ativada, tempo de protrombina, fibrinogênio e plaquetas;

b) Se não for possível avaliação laboratorial imediata realizar o teste do coágulo (teste de Weiner).

Reposição Volêmica: Preferência por infusão de cristaloides (3ml/cada ml de sangue perdido).²

Reposição de Hemoderivados: A ausência de resposta a mais de 3000ml de infusão de SF, sugere perda de 20 a 25% do volume de sangue total (1000 a 1500ml de sangue).²

ASSISTÊNCIA À HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PROTOCOLO

4 - Prevenção:

1. Identificação de fatores de risco;⁵
2. Administração rotineira de ocitocina logo após o nascimento;⁵
3. Tração controlada do cordão.⁵

Conclusão

A hemorragia pós-parto ainda é uma importante causa de morte materna em todo o mundo. As informações levantadas foram de suma importância para padronizar o atendimento, tendo em vista as frequentes controversas encontradas na literatura, evitando, assim, possíveis erros e garantindo maior destreza no diagnóstico, conduta e seguimento dessas pacientes.

Referências Bibliográficas

1 Clode N, Calhaz C, Graça JLM. Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria. 2 ed. Santa Maria, RS; 2012.

2. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ, Schimidt AP, Galão AO et al. Rotinas em obstetrícia. 6 ed. Porto Alegre : Artmed, 2011.

3. Baxley E. Advanced Life Suport in Obstetrics - Also. 2000-2001.

4. Sass N, Oliveira LG et al. Obstetrícia. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

5. Zugaib M, Francisco RPV. Zugaib Obstetrícia, 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

MUCORMICOSE RINOCEREBRAL: RELATO DE CASO

RHINOCEREBRAL MUCORMYCOSIS: CASE REPORT

Andrei Fornanciar Antunes, *Wilson de Oliveira Filho,** Rodrigo Ryoji Takatani,***
Juliana da Costa Matos**** Carmem Cecília Fornanciar Antunes*****

Resumo

Relatamos um caso de mucormicose rinocerebral com diagnóstico por necropsia em paciente com doença hematológica prévia. A mucormicose (zigomicose) caracteriza-se como uma infecção rara, altamente invasiva, causada por fungos da ordem Mucorales (gêneros Rhizopus, Mucor, Rhizomucor, Absidia, Apophysomyces, Saksenaea, Cunninghamella, Cokeromyces e Syncephalastrum). Esse tipo de infecção é usualmente associado a estados de imunossupressão como as doenças hematológicas, cetoacidose diabética, transplante de órgãos e hemocromatose. A apresentação clínica mais frequente é a mucormicose rinocerebral.

Palavras-chave: Mucormicose, Rinocerebral, Doença Hematológica.

Abstract

We report a case of rhinocerebral mucormycosis diagnosed by autopsy in patient with history of hematological disease. Mucormycosis (zygomycosis) is a rare but highly invasive fungal infection caused by Mucorales order members (Rhizopus genus, Mucor, Rhizomucor, Absidia, Apophysomyces, Saksenaea, Cunninghamella, and Cokeromyces Syncephalastrum). This infection is usually associated with hematological diseases, diabetic ketoacidosis, organ transplantation and hemochromatosis. The most common clinical presentation is rhinocerebral mucormycosis.

Keywords: Mucormycosis, Rhinocerebral, Hematological Disease.