

hemorragia Puerperal

DRA SOMAIA REDA

MESTRE PELA UFPR

PROFESSORA DA UNIVERSIDADE POSITIVO

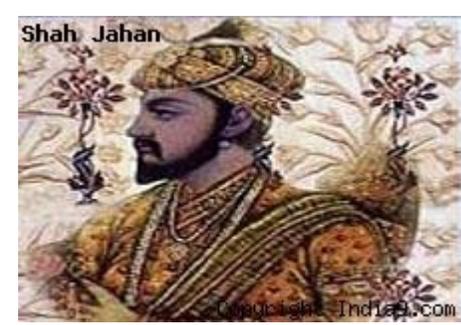
GERENTE ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DO TRABALHADOR

COORDENADORA DA MATERNIDADE HT



Postpartum hemorrhage today: living in the shadow of Taj Mahal

Lalonde, A.B.; Daviss, B-A; Herschderfer K. Acosta A.
Textbook os Postpartum hemorrhage



- **1630** –MUNTAZ MAHAL na 14^a gestação **morre** no parto por hemorragia
- esposa do imperador da India (Shah Jahan)

1750 - 1º. Sistema de informação de mortalidade materna na Europa

OBJETIVOS DESTE ENCONTRO

Conhecer as **PRINCIPAIS CAUSAS** de hemorragia pós parto (**HPP**)

Conhecer os **MÉTODOS DE PREVENÇÃO**

Identificar as **DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DA HPP**

Qual a **CONDUTA DA HPP**

IMPORTÂNCIA

Combs and associates, 1991a, b; Naef and colleagues, 1994

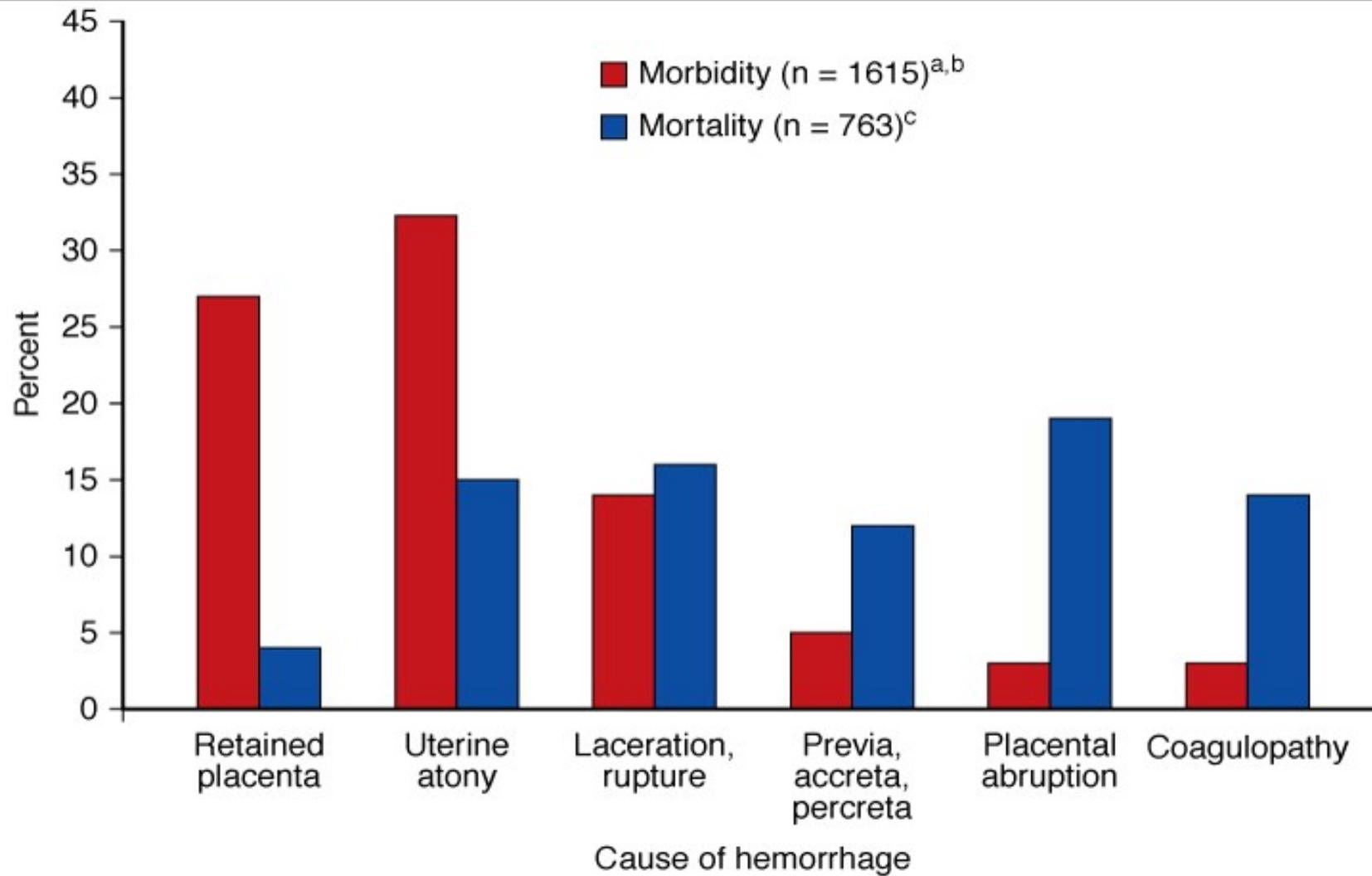
Causa mais comum de mortalidade e morbidade materna

(NEAR MISS)

A **HEMORRAGIA PÓS PARTO** é uma emergência obstétrica responsável por complicações de 1/100 partos

3 a 5% DOS PARTOS VAGINAIS

6 a 8% DOS PARTOS CESAREA



Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY:
Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Incidences of some causes of obstetrical hemorrhage and their contribution to maternal death from hemorrhage. Percentages are approximations because of different classification schemata used. (Data from Al-Zirqi, 2008^a; Chichakli, 1999^c; Zwart, 2008^b, and all their colleagues.)

Hemorragia Puerperal

“Não reconhecimento e Atraso”

“Com diagnóstico, recursos e manejo no momento certo, HPP pode ser a mais prevenível causa de mortalidade materna”

Michael A Belfort

Hemorragia Puerperal

Cadeia assistencial

**NEAR
MISS**



Hemorragia Puerperal

Classificação de Risco para Hemorragia



Hemorragia Puerperal

Classificação de Risco para Hemorragia

Baixo risco	Médio Risco	Alto risco
Ausência de cicatriz uterina	Parto cesariana anterior ou cirurgia uterina	Placenta prévia ou de inserção baixa
Gravidez única	Distensão uterina (gemelar, polichâmnio, macrosomia, grandes miomas)	Suspeita de acretismo placentário
≤ 3 partos vaginais prévios	> 3 partos vaginais	Descolamento prematuro de placenta
Ausência de distúrbio de coagulação	Corioamnionite	Hematócrito < 30 + outros fatores de risco
Sem história de Hemorragia puerperal	Com história de Hemorragia puerperal	Plaquetas < 100000
	Obesidade materna (IMC > 35)	Coagulopatias
		Sangramento ativo de grande volume
		Múltiplos fatores de risco = Alto Risco

Hemorragia Puerperal

Classificação

Baixo risco

Ausência de cicatriz uterina

Gravidez única

≤ 3 partos vaginais prévios

Ausência de distúrbio de coagulação

Sem história de Hemorragia puerperal

CESAREA ANTERIOR OU CICATRIZ UTERINA

DISTENSÃO UTERINA (GEMELAR, POLIDRAMNIO, MACROSSOMICO)

➤ **3 PARTOS**

➤ **CORIOAMNIONITE**

➤ **HX HEMORRAGIA PUERPERAL**

➤ **OBESIDADE**

Hemorragia

Alto risco

Prévia ou de inserção baixa

História de acretismo placentário

Descolamento prematuro de placenta

Idade gestacional < 30 + outros fatores de risco

Plaquetas < 100000

Coagulopatias

Descolamento ativo de grande volume

Presença de múltiplos fatores de risco = Alto Risco

Hemorragia Puerperal

Classificação de Risco para

Baixo risco	Médio Risco
Ausência de cicatriz uterina	Parto cesariana anterior ou cirurgia uterina
Gravidez única	Distensão uterina (gemelar, polichâmnio, macrosomia, grandes miomas)
≤ 3 partos vaginais prévios	> 3 partos vaginais
Ausência de distúrbio de coagulação	Corioamnionite
Sem história de Hemorragia puerperal	Com história de Hemorragia puerperal
	Obesidade materna (IMC > 35)

PLACENTA PREVIA

SUSPEITA DE ACRETISMO PLACENTARIO

DESCOLAMENTO PREMATURO PLACENTA

HT <30 + OUTROS FATORES DE RISCO

PLAQUETAS < 100.000

COAGULOPATIAS

SANGRAMENTO ATIVO DE GRANDE VOLUME

MULTIPLoS FATORES D ERISCO = ALTO RISCO

Hemorragia Puerperal

Conduta

Baixo risco	Médio Risco	Alto risco
-	Etiqueta identificadora	Etiqueta identificadora Acesso venoso periférico cateter 16G
-	Tipagem sanguínea	Tipagem sanguínea e prova cruzada
-	-	Reserva de sangue (2 bolsas de CH)
Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio
Observação conforme protocolo da instituição	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*	Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*

SEGURANÇA DO PACIENTE

Hemorragia Puerperal

Conduta

Baixo risco	Médio Risco	Alto risco
-	Etiqueta identificadora	Etiqueta identificadora Acesso venoso periférico cateter 16G
-	Tipagem sanguínea	Tipagem sanguínea e prova cruzada Reserva de sangue (2 bolsas de CH)
MANEJO instituição	ATIVO em local adequado*	DO 3 PERIODO em local adequado*

SEGURANÇA DO PACIENTE

Hemorragia Puerperal

Boas práticas de assistência ao parto

Baseado em Evidências Científicas

Evitar uso excessivo e desnecessário de ocitócitos

Evitar episiotomia de rotina

Encorajar acompanhante a observar sinais de alerta e comunicar –
(sangramento, dor, desconforto respiratório)

Hemorragia Puerperal

Manejo Ativo do 3º Estágio



Ocitocina

- PN: 10 UI IM
- PC: 3+3+3UI ou 20UI em 500ml de SF a 125ml/h em BIC



Clampeamento do cordão

1-3 minutos



Tração controlada do cordão



Massagem uterina

- 15"/15"



Hemorragia Puerperal



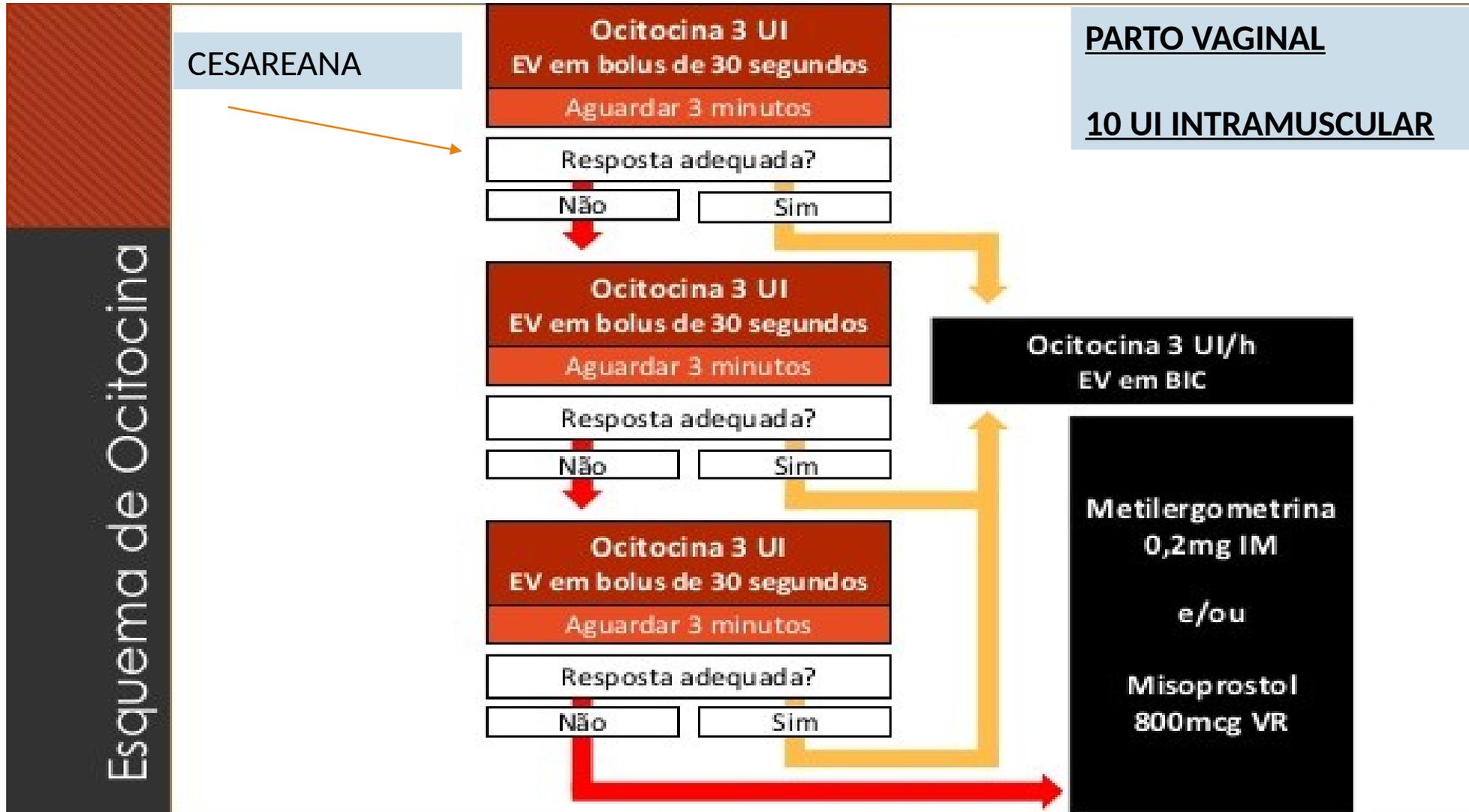
Avaliação
constante
dos DV



Quantificar
perda
sanguínea



Hemorragia Puerperal



Hemorragia Puerperal

O que é normal?

○ Sangramento habitual:

Parto vaginal
400 - 500 ml

Cesariana
800 - 1000 ml

Base, P; Regan, ; Paterson-Brown, S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Vol 113, 8, 1471-0528, 2006.

Conceito

HEMORRAGIA PUERPERAL

Perda sanguínea
cumulativa
 $\geq 500\text{ml}$ (PN)
 $\geq 1000\text{ml}$ (PC)
após o parto

ou

Qualquer perda
de sangue
capaz de causar
instabilidade
hemodinâmica

/24h

Perda de volume (%) para uma mulher entre 50-70Kg	Sensório	Perfusão	Pulso	Pressão Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grau do choque	Transfusão
10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente não necessária
16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Moderado	Usualmente Necessária
>35% >2000mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese, preenchimento capilar > 3 segundos	>120	<70	Grave	Transfusão Maciça Provável

Divergências na forma de identificar a Hemorragia pós parto

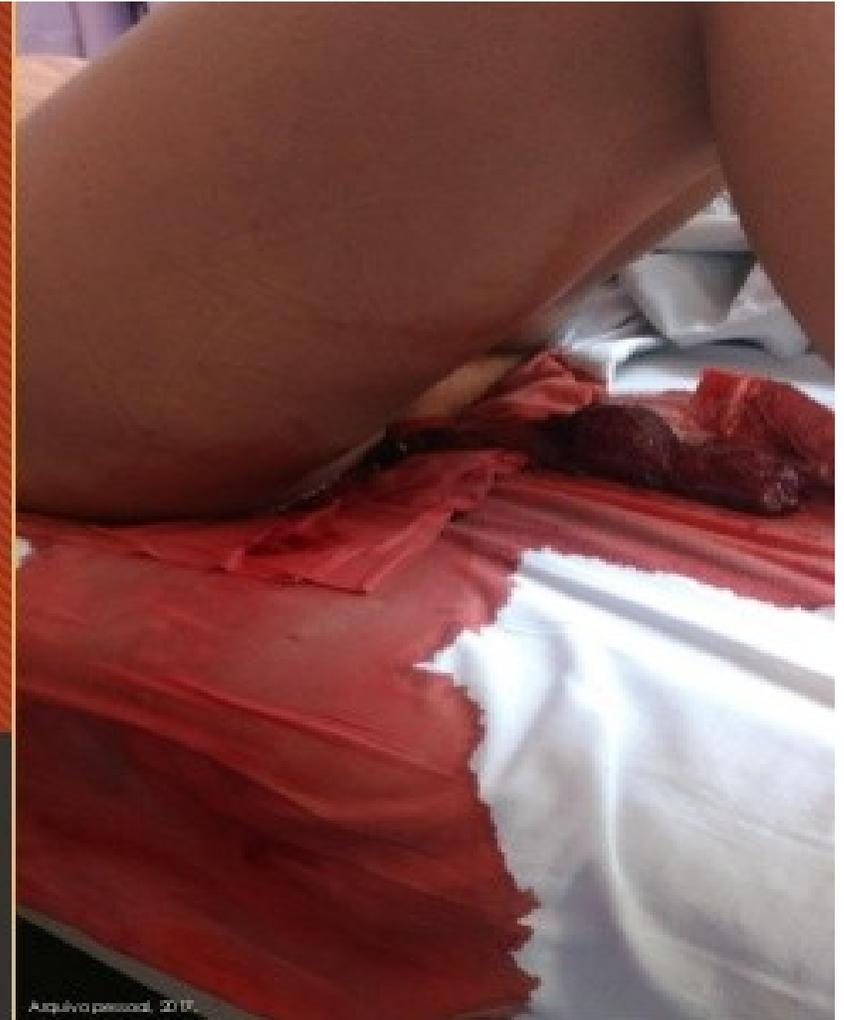
PRÁTICA - estimativa visual da perda sanguínea
50 % DE ERRO

SINTOMÁTICA - quando a perda sanguínea leva aos sintomas da **HIPOVOLEMIA**

QUEDA DE 10% NO HEMATÓCRITO E DIURESE < 30 ml/h

Hemorragia Puerperal

Como medir a
perda sanguínea?



Hemorragia Puerperal

Taxa de PERDA SANGUÍNEA em Hemorragia maciça - de 250 ml/min

Cama com poça sobre lençol



1000ml

Hemorragia com sangue fluindo para o chão



2500ml

Bose, P; Regan, ; Paterson-Brown, S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Vol 113, 8, 1471-0528, 2006.

Hemorragia Puerperal

Como
medir a
perda
sanguínea?

Calcular perda
sanguínea acumulada a
cada 5-15 minutos



California Department of Public Health, 2014; supported by Title V funds. Developed in partnership with California Maternal Quality Care Collaborative Task Force.

Hemorragia Puerperal

Índice de choque

$$\frac{\text{Frequência cardíaca}}{\text{Pressão Sistólica}}$$

$$\frac{120}{60} = 2$$



- Referência = 0.5-0.7
- Resultado > 0.9 indica estado de choque que necessita de ressuscitação urgentemente

Hemorragia Puerperal

Medidas iniciais

Profissional da
enfermagem



Monitoramento



Comunicação/
Mobilização



Ressuscitação

Enfermeiro /
Obstetra /
Anestesiologista



Investigação

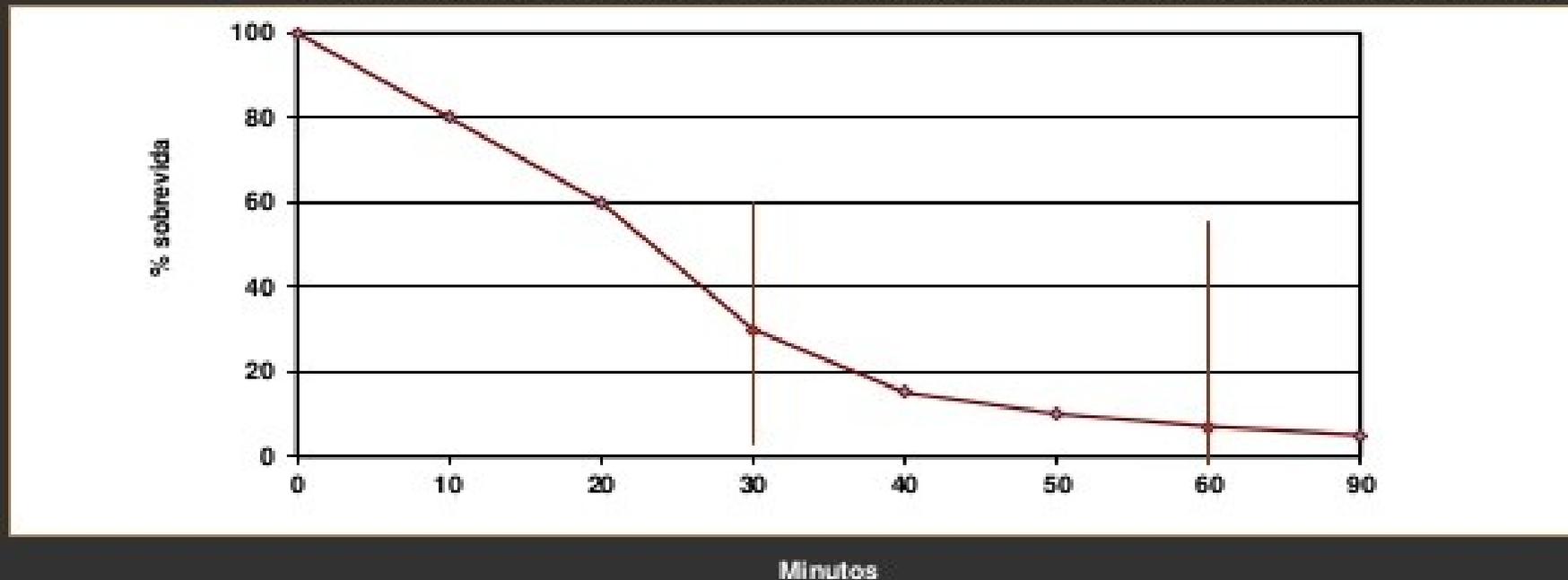


Interrupção

Hemorragia Puerperal

Hora dourada

A sobrevivência está associada com a gravidade e duração do choque hemorrágico



Lalonde A, Davits BA, Acosta A, Herschler K. Postpartum hemorrhage today: ICM/RGO Initiative 2004-2006. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Sep;94(3):243-53. Epub 2006 Jul 12.

Hemorragia Puerperal

Kit de Hemorragia

ITENS

PROTOCOLO \ CHECK LIST
SORO FISIOLÓGICO 0,9%
RINGER LACTATO
EQUIPO DE SORO
OCITÓCITO (5UI/1 ml)
METILERGOMETRINA (0,2mg \ ml)
MISOPROSTOL 200mcg/cp.
JELCO 16 ou 14
JELCO 18
MÁSCARA FACIAL OXIGÊNIO
SONDA VESICAL DE DEMORA
DRENO DE PORTOVAC
TERMÔMETRO
BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRAUTERINO
(Balão de Bakri ou material para confecção artesanal)
TUBOS DE COLETA DE SANGUE
FACILITADORES (Pedidos de exame prontos)



Hemorragia Puerperal



Avaliação constante dos DV



Quantificar perda sanguínea



Identificar e Classificar

1º Estágio

2º Estágio

3º Estágio

Hemorragia Puerperal

Hemorragia pós parto

Estágio I

- Perda sanguínea cumulativa $\geq 500\text{ml}$ (PN) $\geq 1000\text{ml}$ (PC) após o parto
 - ou FC $\geq 110\text{bpm}$
 - ou PA $\leq 85/45\text{mmHg}$
 - ou SpO₂ $< 95\%$
- ou sangramento aumentado no período de recuperação.

Hemorragia Puerperal

Ressuscitação Circulatória

Cristaloide (SF 0,9% ou Ringer Lactato)
aquecido (38-39°C)

Infusão excessiva está associada a coagulopatia



Hemorragia Puerperal



MOBILIZE

Obstetra
Enfermeiro
Anestesista

Ativar
protocolo de
hemorragia

Abrir Kit de Hemorragia, se disponível



- O2 acessos: Jelco 16 ou 18
 - Hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea
- O2 em MAF 10-15l/min
- Massagem uterina
- **Ocitocina** 20 UI (4 amp) + SF 0,9% 500ml em BIC 125ml/h (manter ou iniciar)
- **Metilergotamina** 0,2ml IM por até 5 doses
/// **Misoprostol** 800 mcg VR
- Sonda de Foley



IDENTIFIQUE A CAUSA

- TÔNUS
- TRAUMA
- TECIDO
- TROMBINA

Estágio I

- Manter paciente aquecida
- Reserva de 2 CH
- **ÁCIDO TRANEXÂMICO**

Hemorragia Puerperal



PENSAR NAS CAUSAS DA HEMORRAGIA

4 T	Causa específica	Frequência relativa
<u>T</u> ônus	Atonia uterina	70%
<u>T</u> rauma	Lacerações, hematomas, inversão e ruptura uterina	19%
<u>T</u> ecido	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
<u>T</u> rombina	Coagulopatias, Embolia de líquido amniótico	1%

Hemorragia Puerperal

ATONIA UTERINA

Incapacidade do miométrio de contrair de maneira eficaz

1 a cada 20 partos

Quando devo estar mais atento para não ocorrer atonia? Prevenção

PRE PARTO

- Pre-eclampsia
- Nuliparidade
- Gestação múltipla
- História de HPP anterior
- Cicatriz de cesárea prévia
- Polihidramnio

INTRAPARTO

- Terceiro período prolongado > 30 min
- Parada da progressão do TP
- Episiotomia
- Parto vaginal assistido
- Condução do trabalho de parto

O que deve ser feito QUANDO HÁ O RECONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA ATONIA UTERINA?

MANEJO ATIVO DO 3º PERÍODO NO PARTO VAGINAL

AGUARDAR A AÇÃO DA OCITOCINA EV PARA DEQUITAÇÃO ESPONTÂNEA DA PLACENTA DURANTE PARTO CESAREA

- reduz o sangramento em 30% e 7 vezes a endometrite pós parto

MANEJO ATIVO DO 3º PERÍODO DO TP deve ser feito para todas as puerperas

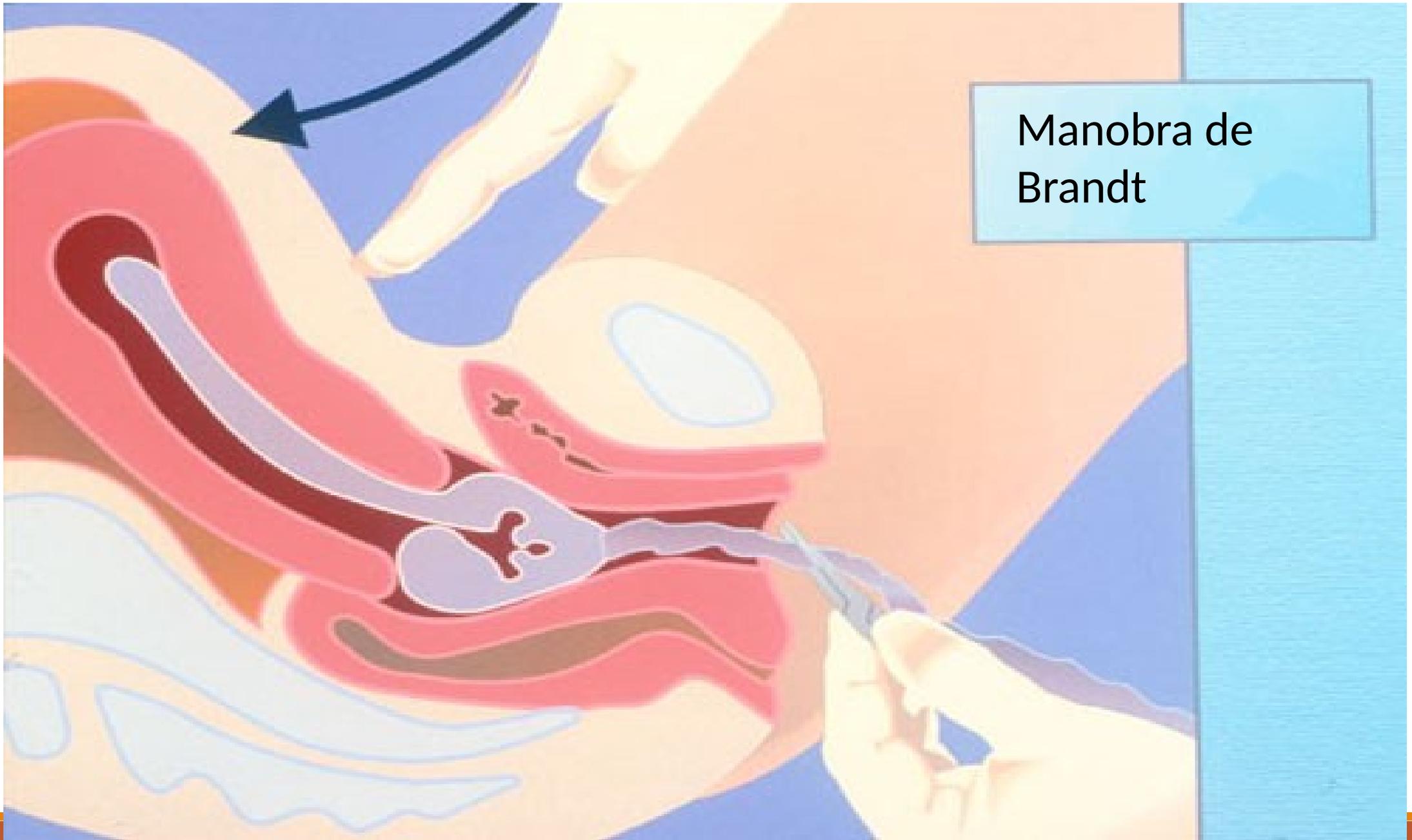
pinçamento precoce do cordão umbilical

administração de ocitocina após o nascimento do ombro fetal ou da expulsão do feto

tração controlada do cordão umbilical

MANOBRA DE BRANDT
comprimir o útero acima do pubis

Manobra de
Brandt



O que devo fazer se o manejo ativo do 3º período não impedir a HPP?

TRATAR A HEMORRAGIA

Passos

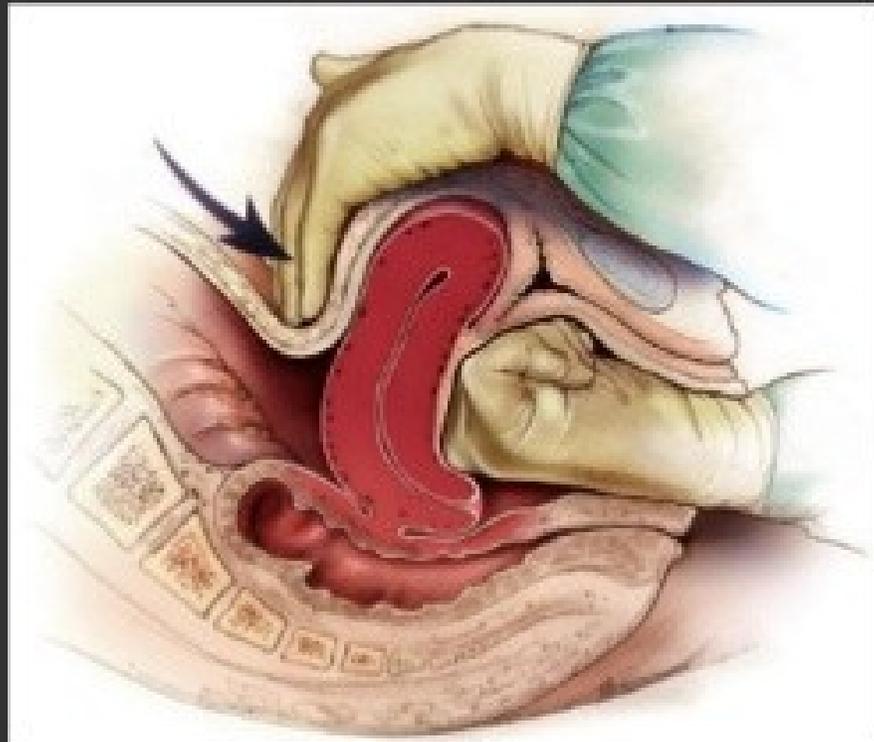
1º - MASSAGEM UTERINA até a redução HPP

2º - OCITOCINA EV

FAZER INSPEÇÃO NO CANAL DE PARTO

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

Manobras: Manobra de Hamilton



Sonda de Foley

- Esvaziamento vesical
- Monitorar diurese

Manter massagem por até 20 min se necessário

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA ATONIA

UTEROTÔNICOS

Iniciar com ocitocina 10-40 UI EV em 1000 mL de SF/RL – 250 mL/h

Dose padrão

- Se não houver diminuição da hemorragia

Ocitocina 40-80 UI em 1000 ml EV SF/RL

REDUZ EM 20% A NECESSIDADE DE TERAPIA UTEROTÔNICA ADICIONAL EM COMPARAÇÃO COM A DOSE PADRÃO

SEGUNDA LINHA TERAPEUTICA

Misoprostol prostaglandina E1

Seguro, eficaz e barato, pouco efeito colateral

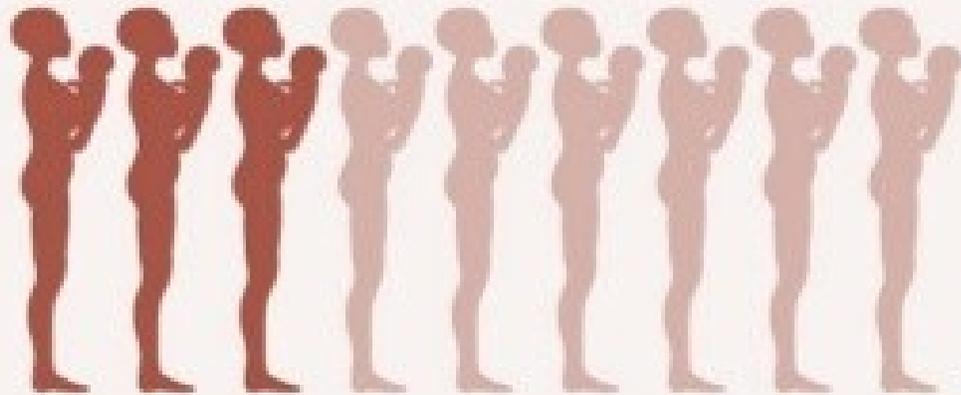
200 a 400 mcg VO /SL

600 - 1000 mcg VR

TRANEXAMIC ACID

A drug that stops bleeding

Results from the WOMAN trial



The drug could save

1/3

women who would otherwise
bleed to death after childbirth

An estimated **100,000** women die
from severe bleeding after giving birth every year



20,000 WOMEN
21 COUNTRIES
193 HOSPITALS

Shakur, Haleema et al. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial . The Lancet. 26 april 2017.

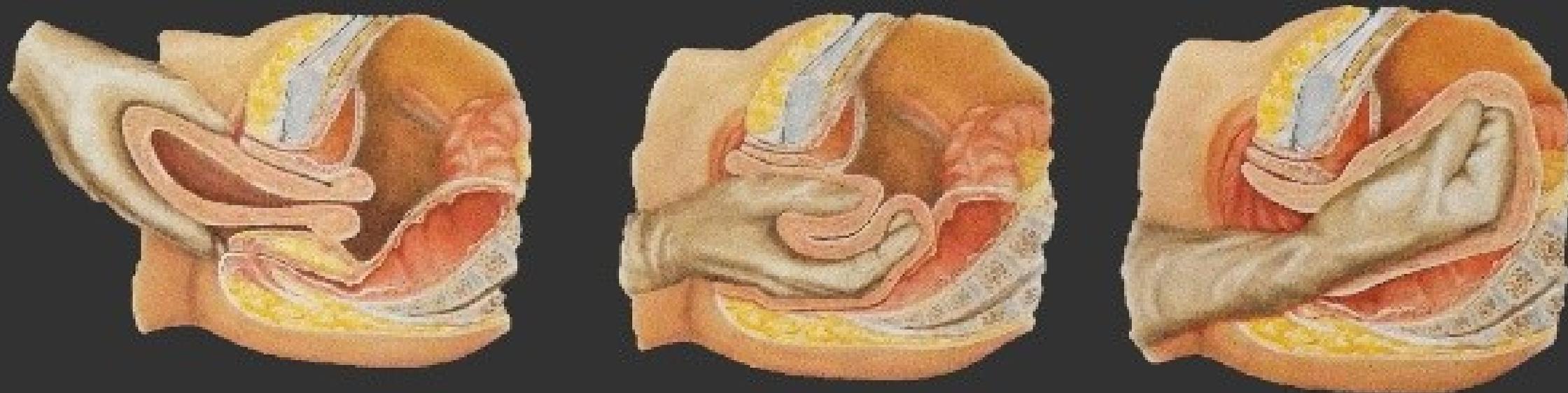
Ácido tranexâmico

Inibe a ativação do plasminogênio, e em altas concentrações, inibe a plasmina.

- Dose: 1 g EV em 10 min seguida de 1g EV em 8 horas.

Manobras: Manobra de Johnson

Reposicionamento manual uterino





Hemorragia pós parto

Estágio II

- Sangramento contínuo
Ou
- Instabilidade dos sinais vitais
Ou
- Perda 1000 a 1500ml de sangue



MOBILIZE

2º Obstetra
2º Enfermeira –
contato com
banco de sangue

ATIVAR O
CÓDIGO
VERMELHO



AJA

- Transfundir 2 Unidades de CH (do tipo O negativo)
- Considerar descongelamento de PFC
- Solicitar Coagulograma
- Manter paciente aquecida



PENSE

Preparar-se para
realização de
procedimentos
baseados na
etiologia
*Balão, B-Lynch,
suturas, traje anti-
choque*

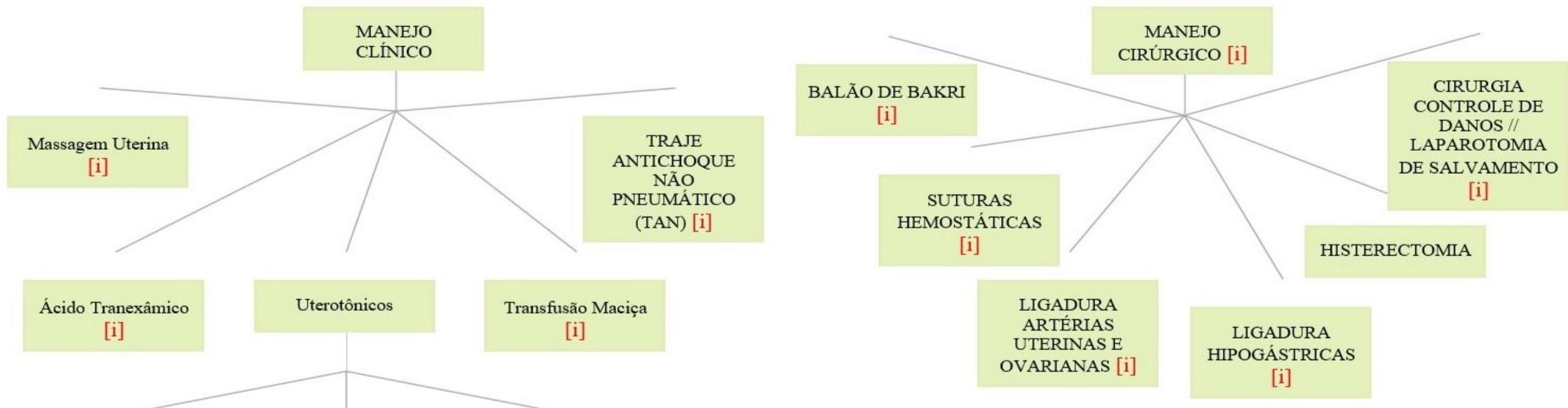
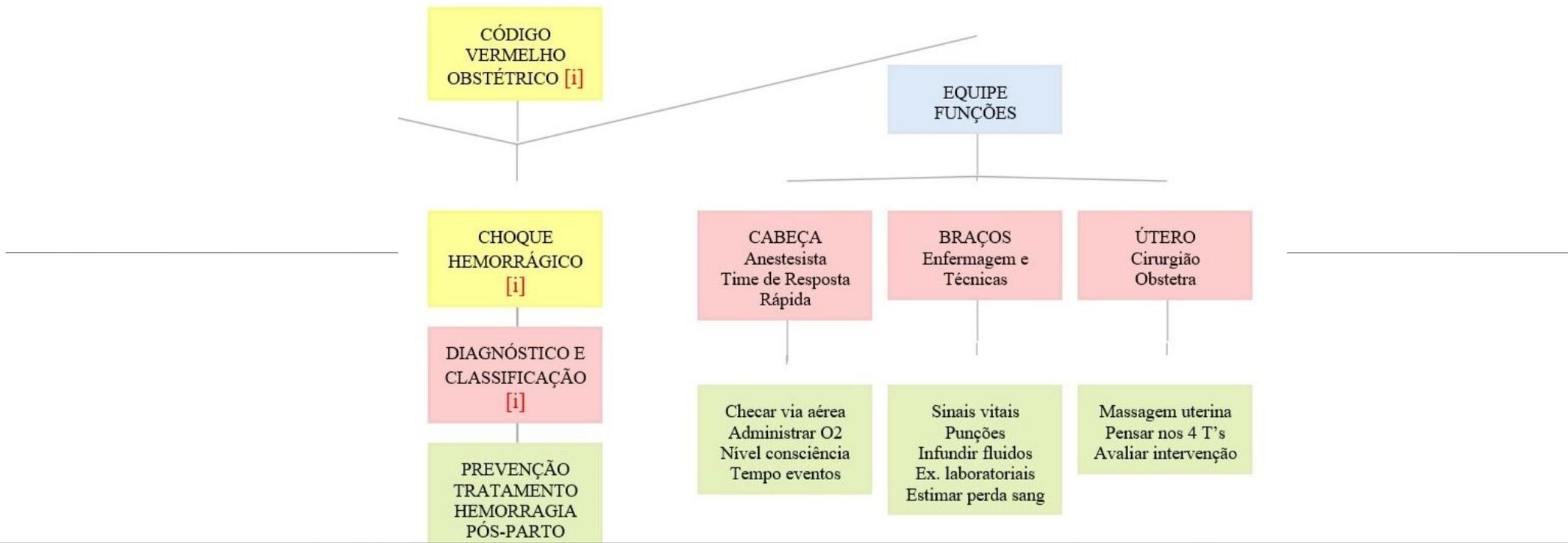
Avaliar necessidade
de equipe cirúrgica
complementar

Estágio II

Hemorragia Puerperal

CÓDIGO VERMELHO

- **DIAGNOSTICAR CHOQUE EM HEMORRAGIA OBSTETRICA**
- **DESIGNAR FUNÇÕES**
- **APLICAR O ABCDE DA REANIMAÇÃO**
- **DEFINIR CONDIÇÕES PARA MANEJO E CUIDADO DEFINITIVO**
- **REINTERVENÇÃO CIRURGICA**
- **UTI**



MEDICAMENTOSO

Ácido Tranexâmico

[i]

Uterotônicos

Transfusão Maciça

[i]

OCITOCINA [i]

METHERGIN [i]

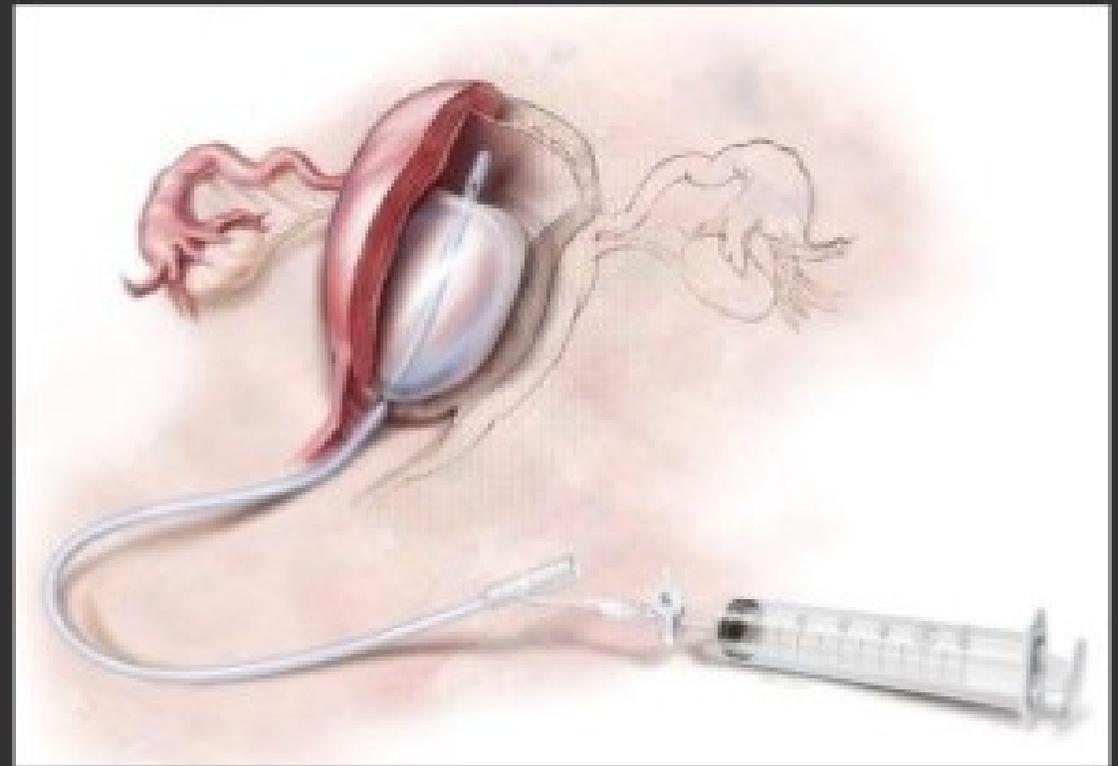
MISOPROSTOL [i]

Balões intrauterinos

Aplicação de pressão hidrostática contra a parede uterina, resultando em redução do sangramento capilar e venoso do endométrio, dos remanescentes placentários e do miométrio.

BAKRI - BT-CATH - BALÃO ARTESANAL - Belfort-Dildy - FOLEY

- Esvaziamento vesical
- Antissepsia
- Introdução do cateter intrauterino
- inflar o balão com fluido até o sangramento cessar (250-500mL).
- Introduzir tampão vaginal
- Fixar a sonda na face interna da perna da paciente;



Recomendações

ATB? SIM: Cefazolina 2g EV 8/8h

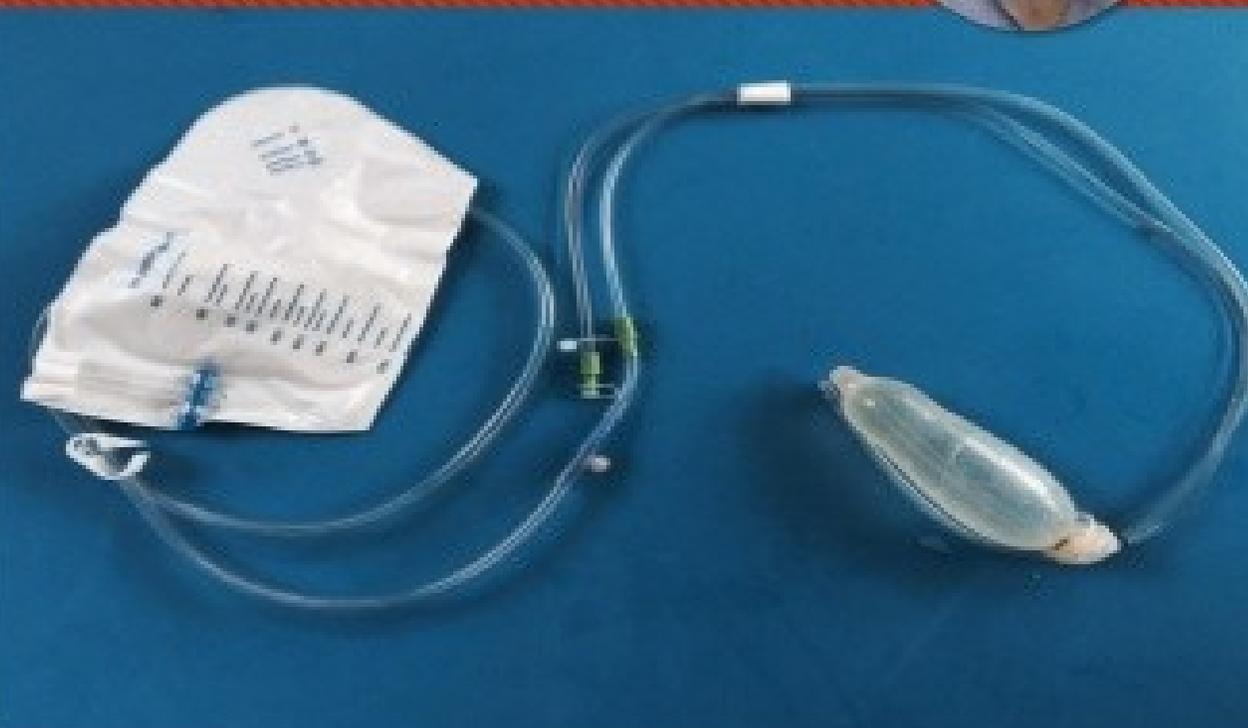
Manter uterotônicos
(ocitocina, ergometrina, misoprostol)

Analgesia adequada

Se controle com o balão, seu período de permanência será de até 24 horas.



Balão artesanal (Alves)



Balão intrauterino de dupla via (sistema de infusão + sistema de drenagem), preparado com duas sondas nasogástricas número 20, três preservativos masculinos e 1 coletor urinário

Retirada do balão

GRADUAL

A cada 50 - 100 ml removido do balão, deve-se avaliar se haverá novo sangramento.

SE NOVO
SANGRA-
MENTO

encher o balão novamente e se preparar para laparotomia.

NÃO
INSERIR
NOVO
BALÃO

>>>> Histerectomia

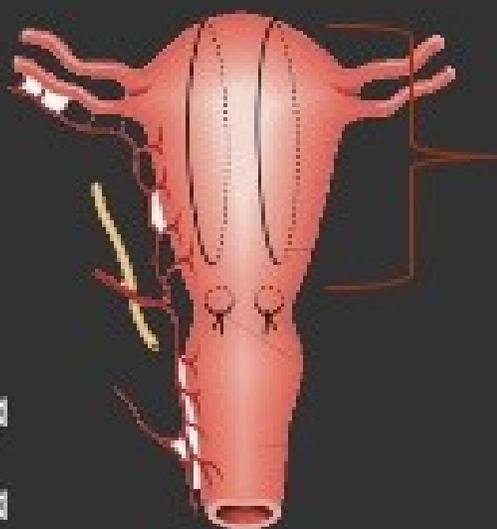


Balão de Alves, Maternidade Odete Valadares, 2015. Arquivo Pessoal.

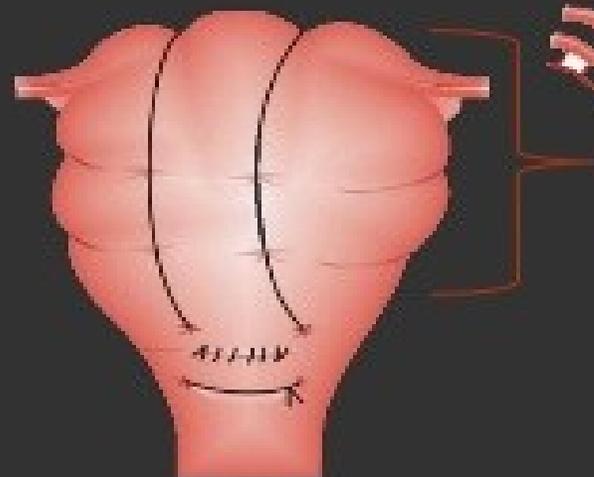
Suturas compressivas

Mecanismo básico: compressão mecânica no seio vascular uterino

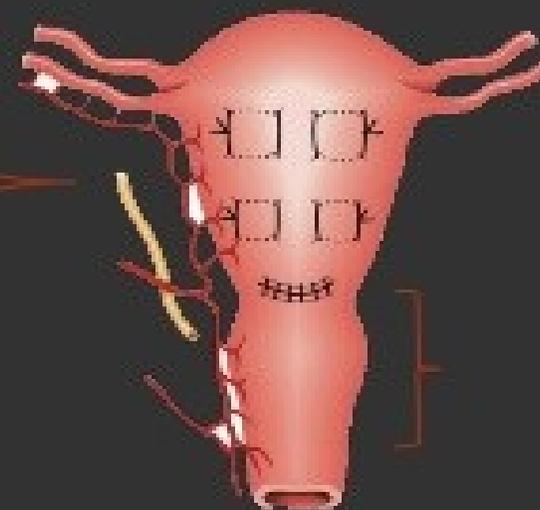
- Simples
- Eficaz
- Hemostasia satisfatória imediata
- Preservação uterina



Sutura de Hayman

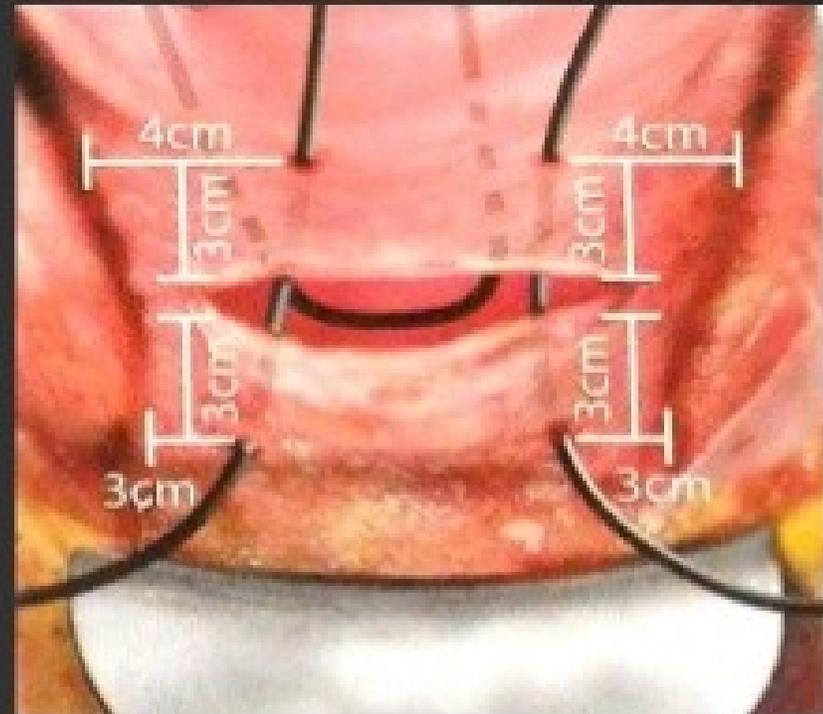
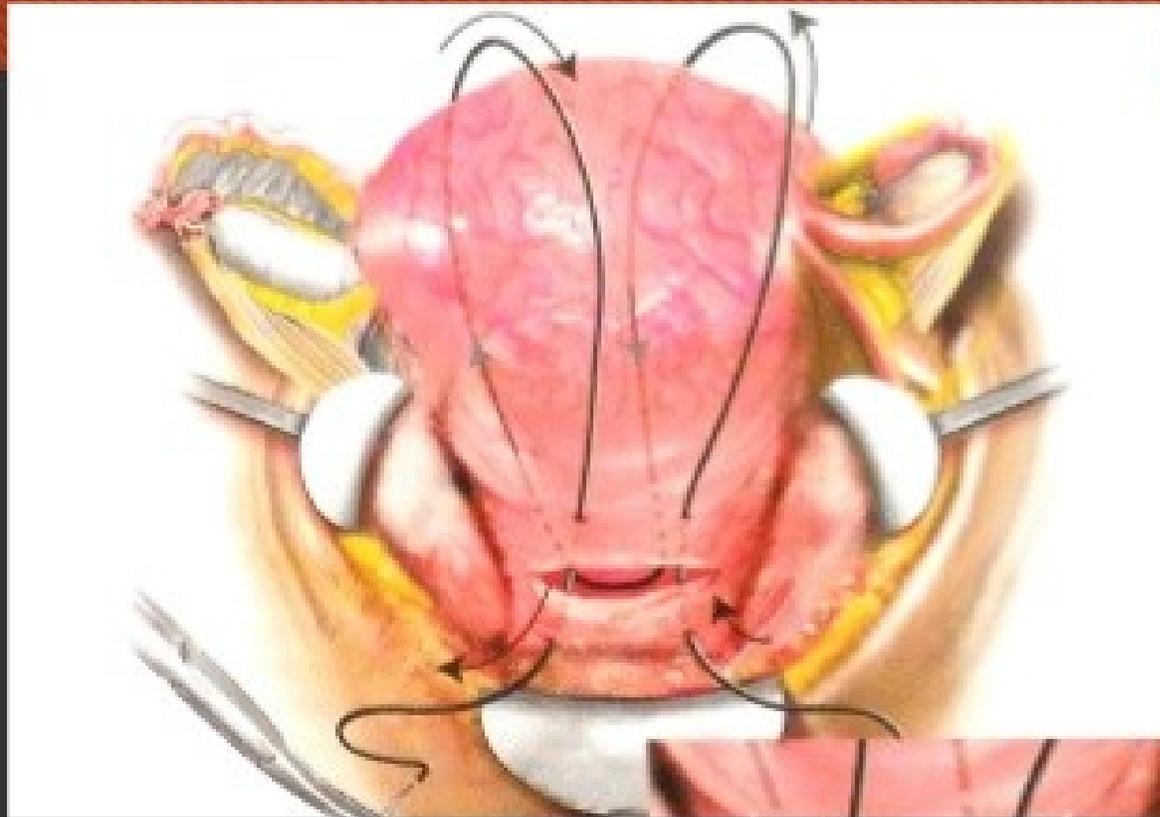


Sutura de B-Lynch



Sutura de Cho

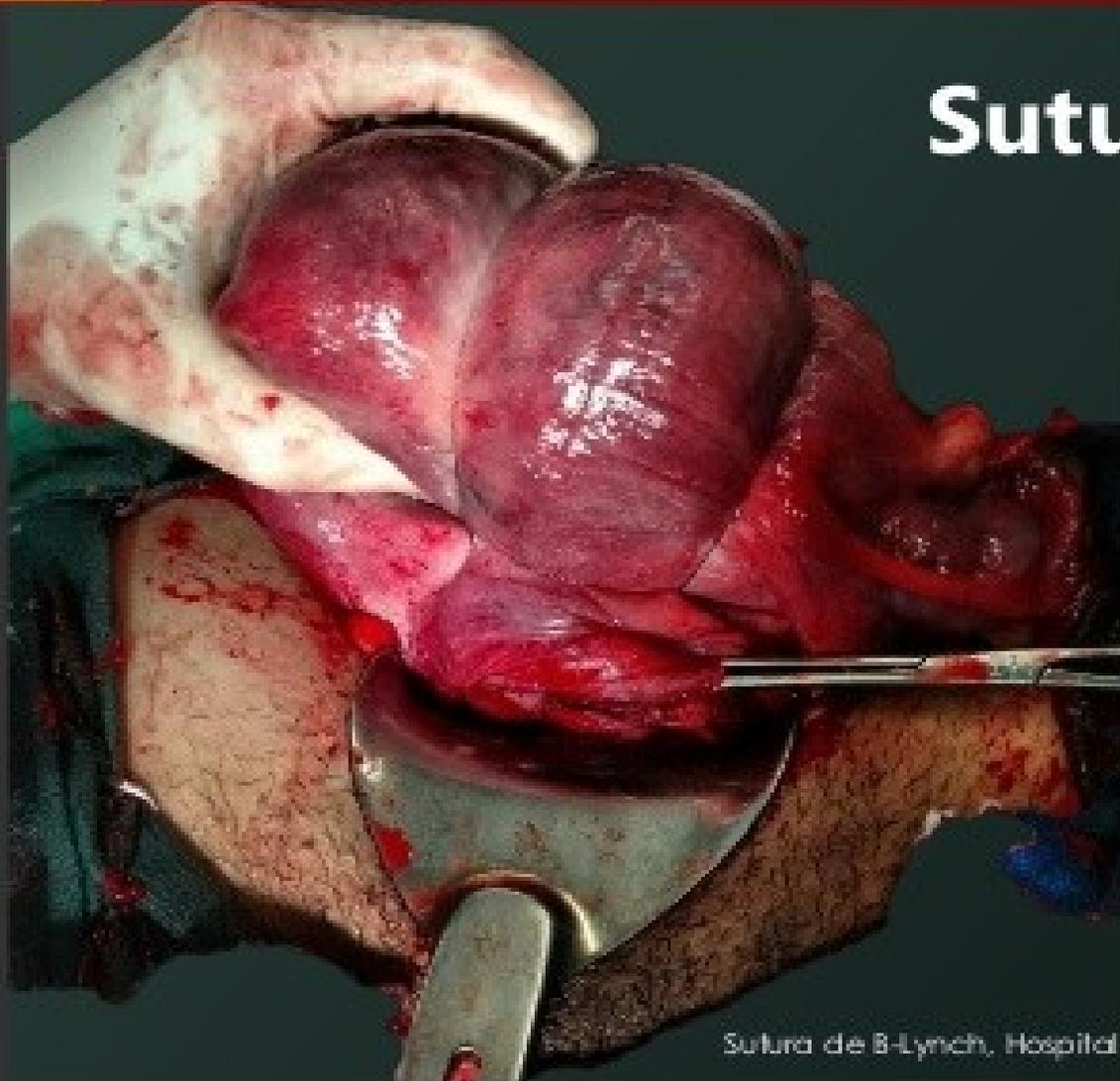
Sutura de B-Lynch



B-LYNCH, C., et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy. Five cases reported. *Br J Obstet Gynaecol* 1997.

Sibat, BM. *Conductas em emergências obstétricas*. Elsevier, 2013.

Sutura de B-Lynch



Sutura de B-Lynch, Hospital Municipal de Contagem, 2017. Arquivo Pessoal.

Traje anti-choque

Aplica
contrapressão
circunferencial

Reverte o choque
derivando o sangue a
órgãos vitais por aumento
de precarga

Diminui a perda
sanguinea





Avaliação constante dos DV



Quantificar perda sanguínea



Permanência do sangramento
Ou
Perda >1500ml de sangue
Ou
➤ 2 CH transfundidos
Ou
Dados vitais instáveis
Ou
Suspeita de CIVD

ir para Estágio 3

Hemorragia pós parto

Estágio III

Perda >1500ml de sangue

Ou

> 2 CH transfundidos

Ou

Dados vitais instáveis

Ou

Suspeita de CIVD

Como avaliar a coagulação ?

Teste de Weiner

sangue em um tubo de ensaio sem anticoagulante e aguardar entre 7-10'

fibrinogênio < 150 mg/dl



Hemotransfusão

Concentrado de hemácias

↑ 3% hematócrito
↑ 1,5g/dl de Hb

Plaquetas

↑ 5.000 a 10.000 contagem plaquetas

PFC

↑ 10 mg/dl fibrinogênio
↑ 2 a 3% fatores coagulação

Indicação:
RNI > 1,5 ou
TP > 1,5 X o valor normal

Crioprecipitado

Se fibrinogênio < 100 mg/ dl

6 CONCENTRADO HEMÁCIAS ➔ 4 PFC ➔ 1 PLAQUETA

4 CONC HEMÁCIAS ➔ 4 PFC ➔ 1 PLAQUETA

Protocolo de transfusão maciça



- 4 Concentrado de Hemácias:
- 4 Plasma Fresco Congelado:
- 1 Crioprecipitado
- 1 Pool de plaquetas

PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA

Estágio II



Estágio III

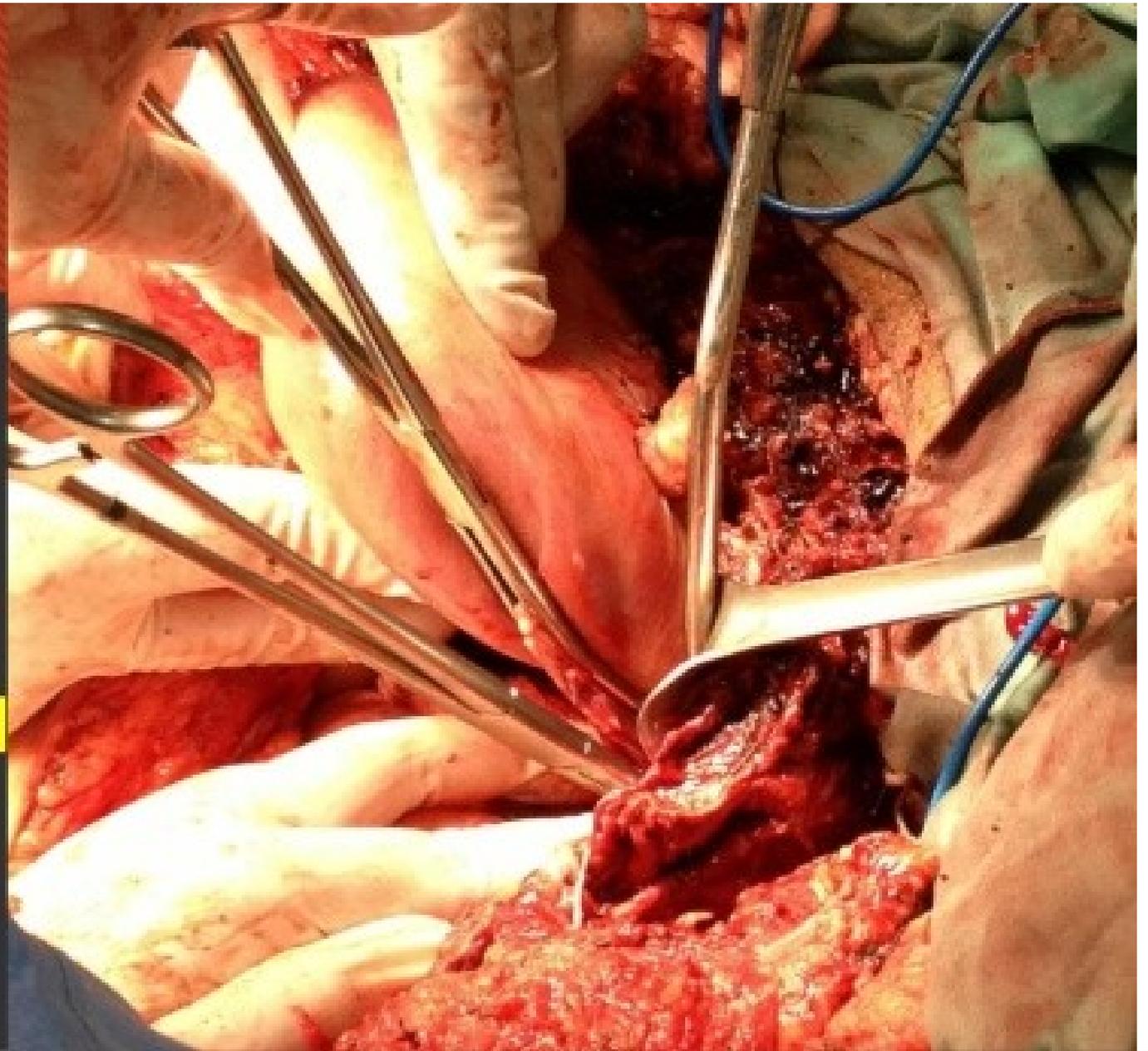


Alta relação PFC:CH

Preconizamos
crioprecipitado e
plaquetas
precoceamente

Histerectomia

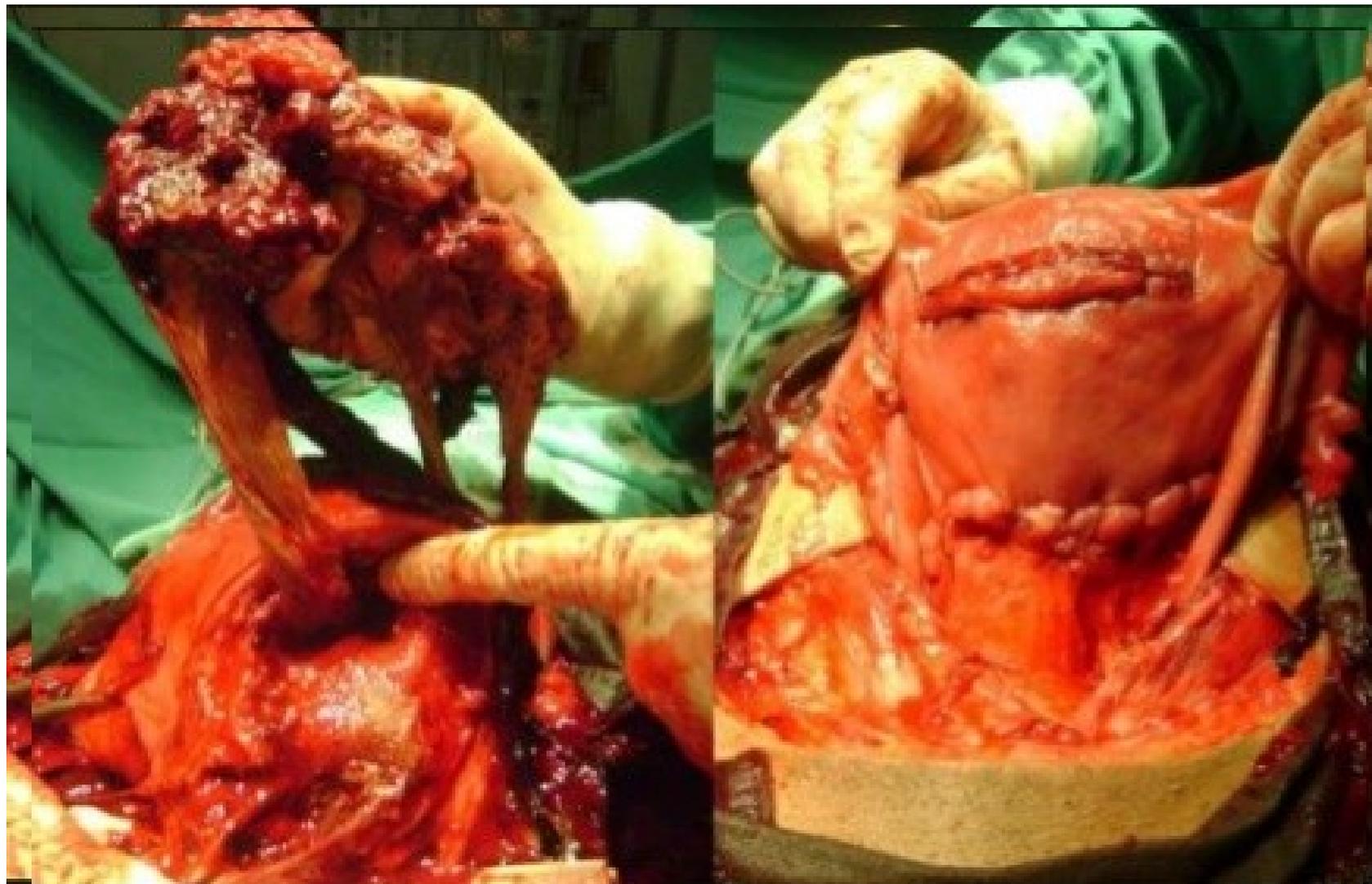
- Histerectomia (subtotal) se falha das técnicas conservadoras.
- **Dreno sentinela** - Porto-Vac por 24 horas (pacientes hipotensas ou utilizando drogas vasoativas)
 - hemoperitônio => relaparotomia



Acretismo Placentário

- Cesariana entre 34-36 S se acretismo grave (Increta ou Percreta)
- Equipe cirúrgica com experiência oncológica, urológica e/ou em trauma





Procedimento Triplo P

- ✓ **Localização placentária**
Per-operatória
- ✓ **Desvascularização**
Pélvica
- ✓ **Metroplastia com a**
Placenta in situ

✓ **Histerotomia fúndica, exérese conjunta do segmento e da placenta; Sutura corpo/ segmento**

Cedido por prof. Álvaro Lages



Incisão de Maylard



Exteriorização uterina



**Histerotomia fúndica + Ext. fetal
+ Lig. cordão**



Histerorrafia com placenta *in situ*



Ligadura a. hipogástricas



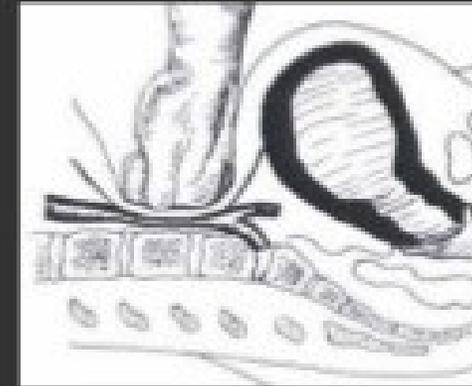
Histerectomia total

Cedido por prof. Álvaro Lages

Damage Control

Compressão da Aorta

- Força de 45 kg
- Hemostasia temporária: 90 minutos (profissional ausente)



Empacotamento pélvico com compressas sob pressão



Estágios de Manejo da Hemorragia

Estágio	Perda sanguínea	Sinais vitais	Intervenção	Cenário clínico
Estágio 0	< 500ml (PN) < 1000ml (PC)	Estáveis	Ocitocina profilática	Normal
Estágio I	> 500ml (PN) > 1000ml (PC)	> 15% mudança na FC ou FC ≥1 10bpm ou P.A. < 85/45 mmHg ou SO ₂ < 95%	Várias medidas adicionais, como outros uterotônicos	Sangramento aumentado
Estágio II	500 – 1500 ml(PN) 1000 – 1500 ml (PC)	Instabilidade dos dados vitais contínua	Considerar hemotransfusão	Sangramento contínuo
Estágio III	> 1500ml	Instáveis	> 2 CH transfundidos	Suspeita de CIVD

Florida Perinatal Quality Collaborative (2015) Florida Obstetric Hemorrhage Initiative Toolkit: A Quality Improvement Initiative for Obstetric Hemorrhage Management.

Mensagem Final

Equipe coesa e treinada

Vigilância, Comunicação e Debriefing

Rápida tomada de decisão - Hora dourada

4 T

Mensagem Final

- Manejo ativo 3º estágio ▶ Ocitocina ▶ Uterotônicos ▶ Ressuscitação ▶ Ácido Tranexâmico ▶ Tamponamento ▶ Suturas hemostáticas ▶ transfusão maciça ▶ Histerectomia ▶ Controle de danos ▶ CTI



GRATIDÃO

Somaia.reda@sesa.pr.gov.br

(41) 3212 5844

OBRIGADA



SOMAIA.REDA@GMAIL.COM

ID: T130.8 T120.8 TIC1.2 W11.2
DISCIPLINA DE MEDICINA FETAL - UNIFESP OB/GIN 13/06/2002
12:45:09

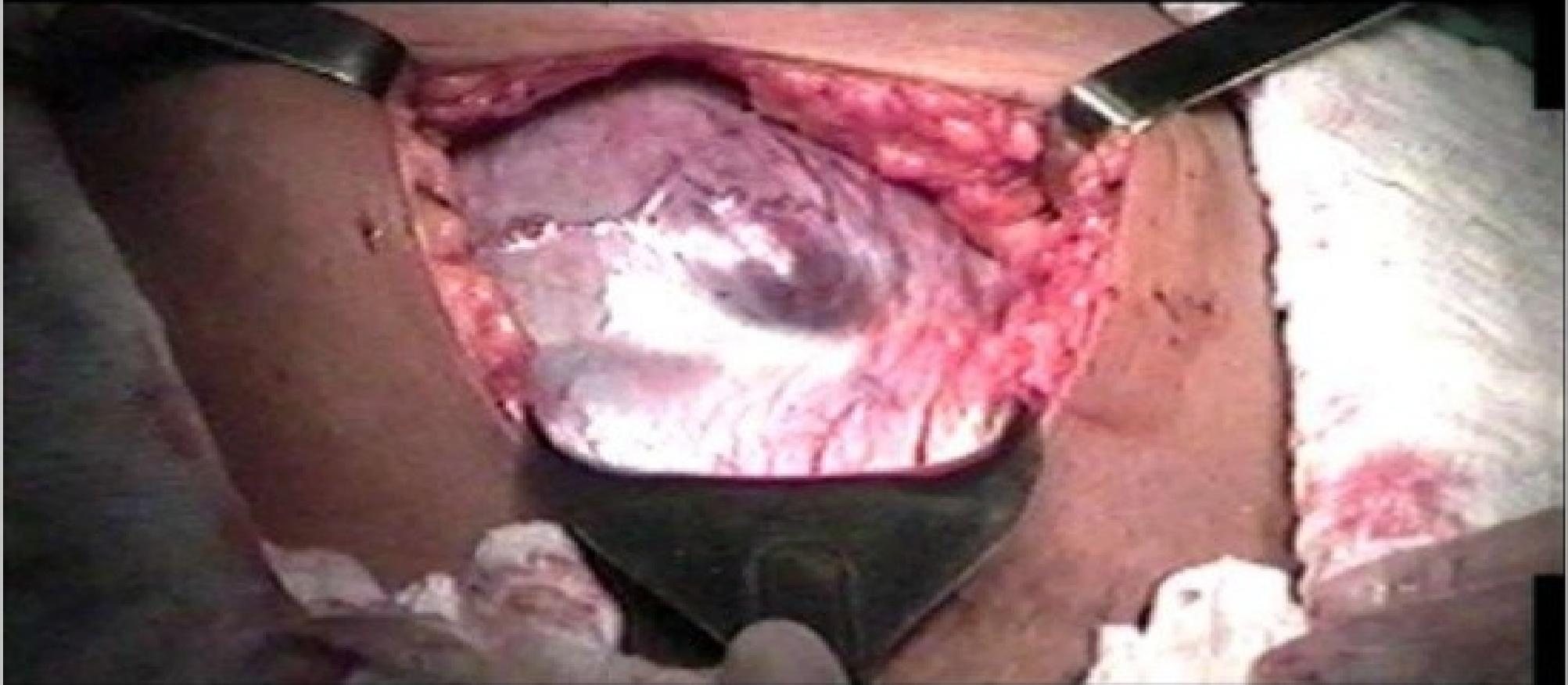
C37-6.0
CD-2.5
7Hz
4.0k



8/19
2/0
5/3
65/2
4/ 92
12.0cm

FREE 10 203





Cordioli E, Hisaba WJ, Neri FAAL, Oliveira LG, Santana RM, Crema LC, Moron AF. - The diagnosis of placenta accreta by ultrasonography and magnetic resonance imaging. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 20: suppl 1, 37, 2002.



Hemorragia Puerperal

ÍNDICE DE CHOQUE

- O índice de choque está independentemente associado à necessidade de transfusão maciça em hemorragia pós-parto nas primeiras 24 horas de manejo.
- O cálculo rotineiro inicial do índice de choque pode ajudar o clínico a identificar de maneira oportuna e apropriada o uso de hemoderivados para melhorar o resultado materno.

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUENCIA CARDÍACA / PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

VALORES DE REFERENCIA

0,7 - 0,9 NORMALIDADE

**> 1,0 AUXILIA A ESTIMAR PERDA SANGUINEA E PREDIZER
NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO**

Anderson J, Etches D, Smith D. Hemorragia no pós-parto. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO). 2000; 4a edição: J 1-20. Bonnar J, Massive obstetric haemorrhage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000; 14(1): 1-18. Shevell T, Malone FD. Management of Obstetric Hemorrhage. Semin Perinatol. 2003; 27(1): 86-104.