



SEMINÁRIO DE ATUALIZAÇÃO
DA LINHA DE CUIDADO
MATERNO INFANTIL DO PARANÁ

CUIDADO
COMPARTILHADO

Hemorragia Pós parto: Protocolo de Prevenção e Tratamento

Dra. Somaia Reda
Dr. Marcos Takimura
Complexo Hospital do Trabalhador



Como salvar uma puérpera em 15 minutos

Medidas Salvadoras Iniciais e Avançadas



G 2

Ces1

DUM 05/10/2020

DPP 12/07/2021

DPP Eco 10/07/2021

Estatura 1,6 m

Estratíf. de Risco

Data

IG crono

IG eco

Peso (kg)

IMC

PA mmHg

AU/CM (cm)

apres

BCF

Mov fetais

edema

Informações clínicas

TS O positivo

Ultrassonografias Obstétricas

- Eco Obst 01 15/12/2020
- Gestação com Biometria de 10 semanas 3 dias pela medida do CCN

- Eco Obst 02 24/02/2021
- Gestação com Biometria de 20 semanas 3 dias

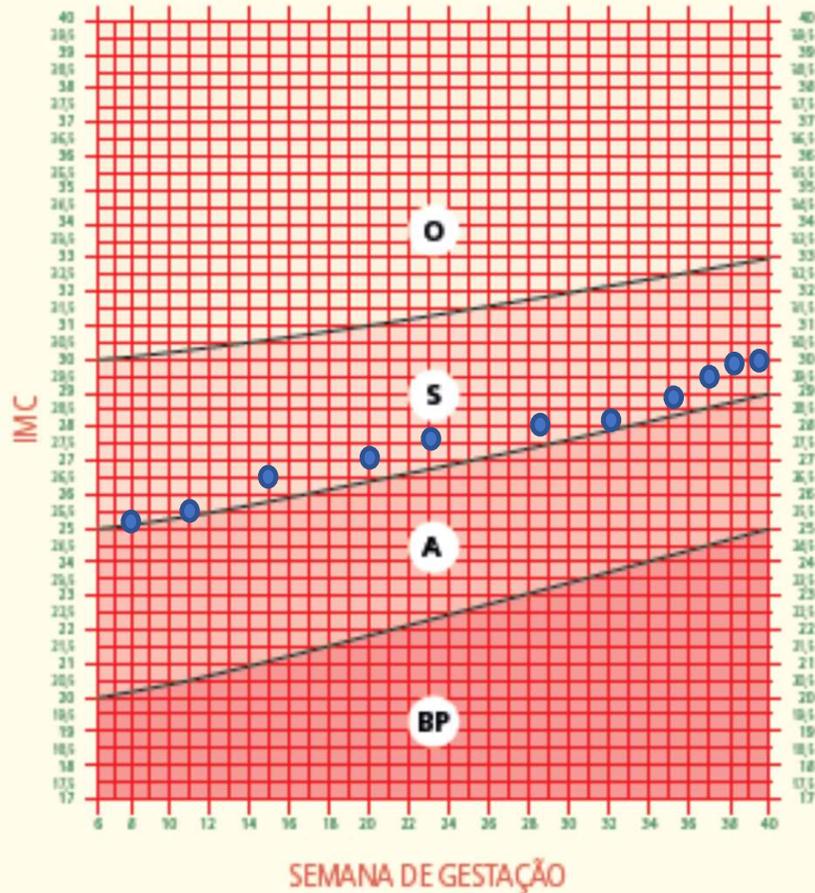
- PFE= 340 g p20
- Placenta fúndica grau zero
- Líquido amniótico normal

- Eco Obst 03 25/06/2021
- Gestação com Biometria de 37/38 semanas
- PFE= 3156 g p 50
- Placenta fúndica grau 01
- Líquido amniótico normal (ILA = 148mm)

| | Data | IG crono | IG eco | Peso (kg) | IMC | PA mmHg | AU/CM (cm) | apres | BCF | Mov fetais | edema | Informações clínicas | TS O positivo | Estratíf. de Risco |
|----|------------|------------|------------|-----------|------|----------------------------|------------|-------|-----|------------|-------|--|---------------|--------------------|
| 1 | 16/11/2020 | 06 sem cr | - | 64 | 25 | 110/70 | - | - | - | - | - | Iniciando o pré-natal. Queixa de náuseas matinais, sonolência e aumento de micções. Solicito Rotina Pre-natal e eco. Prescrito Metoclopramida e ácido fólico 5mg | | HABITUAL |
| 2 | 05/12/2020 | 08 sem 4 d | - | 64 | 25 | 100/60 | - | - | - | - | - | Persiste com náuseas e vômitos Mantido metoclopramida e orientações de dieta e hidratação fracionada | | HABITUAL |
| 3 | 20/12/2020 | 10 sem 5 d | 11 sem 1 d | 65 | 25,4 | 115/65 | - | - | - | - | - | Piora do vômitos. Azia. Mantido Metoclopramida. Omeprazol e Hidroxido de alumínio. Orientações | | HABITUAL |
| 4 | 19/01/2021 | 15 sem | 15 sem 2 d | 67 | 26,2 | 120/70 | 14 | - | 160 | - | - | Dor de cabeça. Prescrito paracetamol/dipirona +cafeína/naratriptano | | HABITUAL |
| 5 | 24/02/2021 | 20 sem | 20 sem 3 d | 68,5 | 26,8 | 100/65 | 18 | - | 155 | - | - | Refere tonturas. Orientações | | HABITUAL |
| 6 | 18/03/2021 | 23 sem 1 d | 23 sem 4 d | 70,4 | 27,5 | 100/55 | 24 | - | 144 | - | - | Dor lombar a Esquerda. Giordano negativo. Relaxante muscular. Solicito TOTG | | HABITUAL |
| 7 | 24/04/2021 | 28 sem 3 d | 28 sem 6 d | 72 | 28,1 | 110/65 | 29 | pelv | 156 | presentes | - | Refere movimentos fetais. Sem outras queixas | | HABITUAL |
| 8 | 20/05/2021 | 32 sem 2d | 32 sem 5 d | 73,5 | 28,7 | 115/70 | 32 | pelv | 144 | presentes | - | Boa movimentação fetal. Dor abdominal e lombar. Giordano negativo | | HABITUAL |
| 9 | 08/06/2021 | 35 sem | 35 sem 3 d | 74,5 | 29,1 | 125/60 | 34 | cef | 140 | presentes | - | Refere contrações. Refere movimentação fetal normal | | HABITUAL |
| 10 | 20/06/2021 | 36sem 6d | 37 sem 1 d | 75,5 | 29,5 | 130/80 | 36 | cef | 156 | presentes | + | Inchaço nas pernas. Refere movimentação fetal . Orientações de final de gestação. Reposuso relativo. Antiespasmófico | | HABITUAL |
| 11 | 28/06/2021 | 38 sem | 38 sem 2 d | 76 | 29,7 | 120/85 | 37 | cef | 144 | presentes | + | Sem queixas. Boa movimentação fetal Dor suprapúbica. Melhora do inchaço com repouso | | HABITUAL |
| 12 | 05/07/2021 | 39 sem | 39 sem 3 d | 76.7 | 30 | 140/90 130/80 130/85 | 36 | cef | 140 | presentes | + | Refere corrimento com aspecto de "gosma" e contrações Toque: colo grosso posterior impérvio. Continua com inchaço | | HABITUAL |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | X Estratificação de risco 1ª c habitual | | |

GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

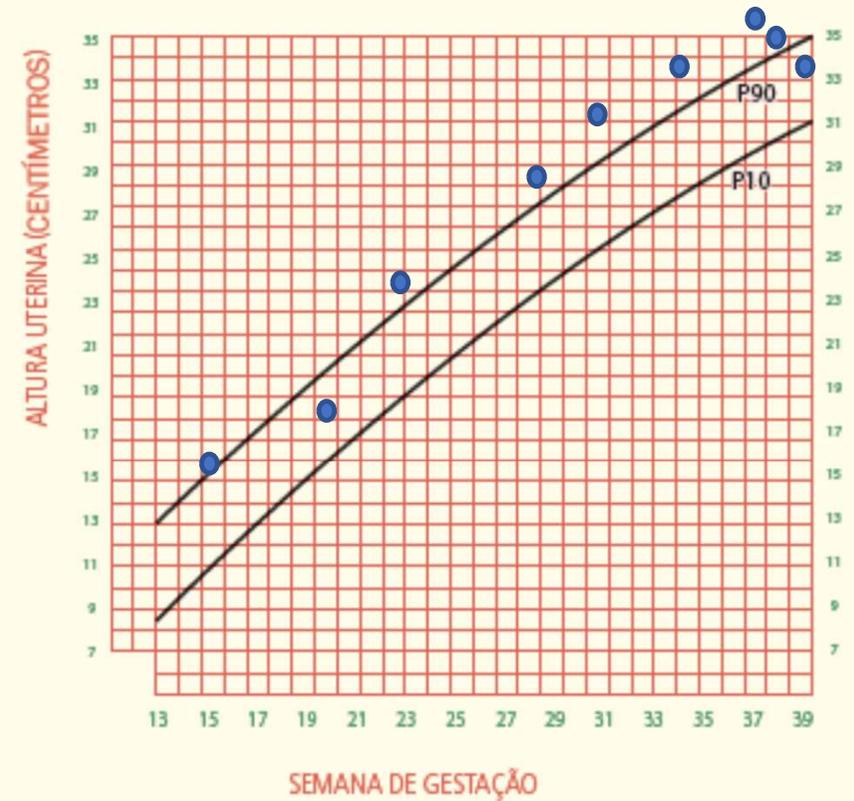
ESTATURA (METRO): _____



BP Baixo Peso A Adequado S Sobrepeso O Obesidade

Relatório CMS 2016

GRÁFICO DO CRESCIMENTO UTERINO



FONTE: Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, 1996.



EXAMES PARA TODAS AS GESTANTES

| Exames | Data | Registro dos Resultados |
|---|------------|-------------------------|
| TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ | | |
| TESTE RÁPIDO PARA HIV ou PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV1 + HIV (ELISA) | 21/11/2020 | 1º negativo |
| | 05/03/2021 | 2º negativo |
| | 29/05/2021 | 3º negativo |
| TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS / CMIA (TESTE TREPONÊMICO) | | 1º _____ |
| | | 2º _____ |
| | | 3º _____ |
| VDRL (TESTE NÃO TREPONÊMICO) | 21/11/2020 | 1º negativo |
| | 05/03/2021 | 2º negativo |
| | 29/05/2021 | 3º negativo |
| FTA-ABS (TESTES TREPONÊMICOS) | | |
| TOXOPLASMOSE (IgG e IgM) | 21/11/2020 | 1º IgG R IgM NR |
| | | 2º _____ |
| | | 3º _____ |
| TESTE DE AVIDEZ DE IgG PARA TOXOPLASMOSE | | |
| URINA TIPO I (parcial de urina) | 21/11/2020 | 1º normal |
| | 05/03/2021 | 2º Normal |
| | 29/05/2021 | 3º normal |
| CULTURA DE URINA (UROCULTURA) | 21/11/2020 | 1º negativa |
| | 05/03/2021 | 2º negativa |
| | 29/05/2021 | 3º negativa |
| TESTE RÁPIDO DE PROTEINÚRIA | 21/11/2020 | negativo |
| CULTURA DE BACTÉRIAS (OUTRAS SECREÇÕES A CRITÉRIO MÉDICO) | | |
| PARASITOLÓGICO DE FEZES | 21/11/2020 | negativo |



EXAMES PARA TODAS AS GESTANTES

| Exame | Data | Registro dos Resultados |
|---|------------|-------------------------|
| TIPAGEM SANGÜINEA (GRUPOS ABO e FATOR Rh) | 21/11/2020 | O positivo |
| TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (COOMBS INDIRETO se Rh NEGATIVO) | | |
| TIPAGEM SANGÜINEA DO GENITOR | | |
| HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO | 21/11/2020 | 14,1/39,1 |
| | 05/03/2021 | 12,1/36,1 |
| | 29/05/2021 | 11/32,1 |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (TESTE DA MÃEZINHA) | | |
| DOSAGEM DE GLICOSE | 21/11/2020 | 83 |
| TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (ENTRE 24 A 28 SEMANAS) | 02/05/2020 | 89/140/128 |
| PESQUISA PARA HORMÔNIO TIREOSTIMULANTE - TSH | 21/11/2020 | 1,44 |
| EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLOP | 12/09/2020 | negativo para neoplasia |

EXAMES PARA GESTANTES DE ALTO RISCO

| Exames | Data | Registro dos Resultados |
|---------------------------------------|------|-------------------------|
| PERFIL GLICÊMICO | | |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS | | |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA 24 HORAS) | | |
| DOSAGEM DE UREIA | | |
| DOSAGEM DE CREATININA | | |
| DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | | |
| ELETROCARDIOGRAMA | | |

OUTROS EXAMES (A CRITÉRIO MÉDICO)

| | |
|------------|-------------|
| 05/03/2021 | TSH = 2,414 |
| 29/05/2021 | TSH = 3,89 |

REGISTRO DE VACINAS

VACINA ANTITETÂNICA (dT / dTpa)

1ª Dose (especificar o tipo da vacina) dTpa Data 10/03/2021

2ª Dose (especificar o tipo da vacina) _____ Data ____/____/____

3ª Dose (especificar o tipo da vacina) _____ Data ____/____/____

VACINA HEPATITE B

1ª Dose _____ Data 23/05/2013

2ª Dose _____ Data 13/07/2013

3ª Dose _____ Data 05/11/2013

VACINA GRIPE (Influenza)

_____ Data 25/04/2021

OUTRAS VACINAS

_____ Data ____/____/____

_____ Data ____/____/____

_____ Data ____/____/____

IMPORTANTE: as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela, dengue e HPV são contraindicadas durante a gestação.



Consulta em 05/07/2020 as 10:00 no PA da Maternidade de Referência

- 39 sem / 39 sem 3 d
- S = Refere Dor tipo cólica abdominal de 5 em 5 minutos com perda de secreção vaginal com aspecto de “gosma” e contrações. Refere Inchaço. Barriga muito baixa. Refere diminuição de movimentos fetais. Encaminhada da UBS
- O =
 - PA = 130/70 mmHg
 - AU = 35 cm
 - Feto longitudinal, cefálico fixo, dorso a esquerda
 - Bcf = 140 bpm regular
 - Dinâmica Uterina (50”, 50”, 45”, 50”)
 - Toque: colo médio médio pérvio para 9cm pélvico De Lee-5. Grande quantidade de muco observado durante o toque
- A = 39 sem / 39 sem 3 d + Trabalho de Parto + Apresentação Pélvica
- P = CST imediata

**Estratificação de Risco: Habitual
Classificação de Risco: Laranja**

05/07/2021 - 10:56hs

Submetida a CST por apresentação pélvica

RN vivo Masculino Peso 3455g Apgar 9/9 Parkin 39
semanas

Dequitação placentária sem manobras manuais

Observado sangramento abundante após retirada da
placenta, mas controlado antes da histerorrafia após
administração de ocitocina IM 02 ampola de 05 unidades
(total de 10U)

PA 110/60 mmHg, Pulso 96, Saturação 96%

12:30 hs

Paciente ainda em Observação no centro cirúrgico
Enfermagem observa Sangramento abundante na
maca com sangue gotejando pelo lençol e poça de
sangue no chão da REPAI

18:40hs

Avaliada pelo médico de plantão:

S = Puérpera se queixa de tonturas e náuseas, falta de ar, está ansiosa e muito agitada, gritando que acha que vai morrer.

O = Dados vitais: T 33.4 °C, PA 70/40, FC 130 SAT60%

Palidez cutânea, intensa sudorese

Abdômen: levemente distendido, flácido, útero de consistência amolecida palpável a 3 cm acima da cicatriz umbilical.

Lóquios: Grande quantidade de sangue em forro, o qual está enxarcado



O que fazer a partir de agora?



| Cálculo do índice de choque (IC) | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| IC = FC/PAS | >ou= 0,9 | >ou= 1,4 | >ou= 1,7 |
| Interpretação | Risco de transfusão | Necessidade de terapêutica agressiva de urgência | Alto risco de resultado materno adverso. |
| Considerar na HPP | <u>Hemotransfusão</u> | Abrir protocolo de transfusão maciça | Abordagem agressiva e imediata, <u>Abrir</u> protocolo de transfusão maciça. Comunicar UTI |

FC= freqüência cardíaca / PAS= pressão arterial sistólica

IC = 1,8



| Cálculo do índice de choque (IC) | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---|---|
| IC = FC/PAS | >ou= 0,9 | >ou= 1,4 | >ou= 1,7 |
| Interpretação | Risco de transfusão | de necessidade de terapêutica agressiva de urgência | Alto risco de resultado materno adverso. |
| Considerar na HPP | <u>Hemotransfusão</u> | Abrir protocolo de transfusão maciça | Abordagem agressiva e imediata, <u>Abrir</u> protocolo de transfusão maciça. Comunicar UTI |

FC= freqüência cardíaca / PAS= pressão arterial sistólica

IC = 1,8

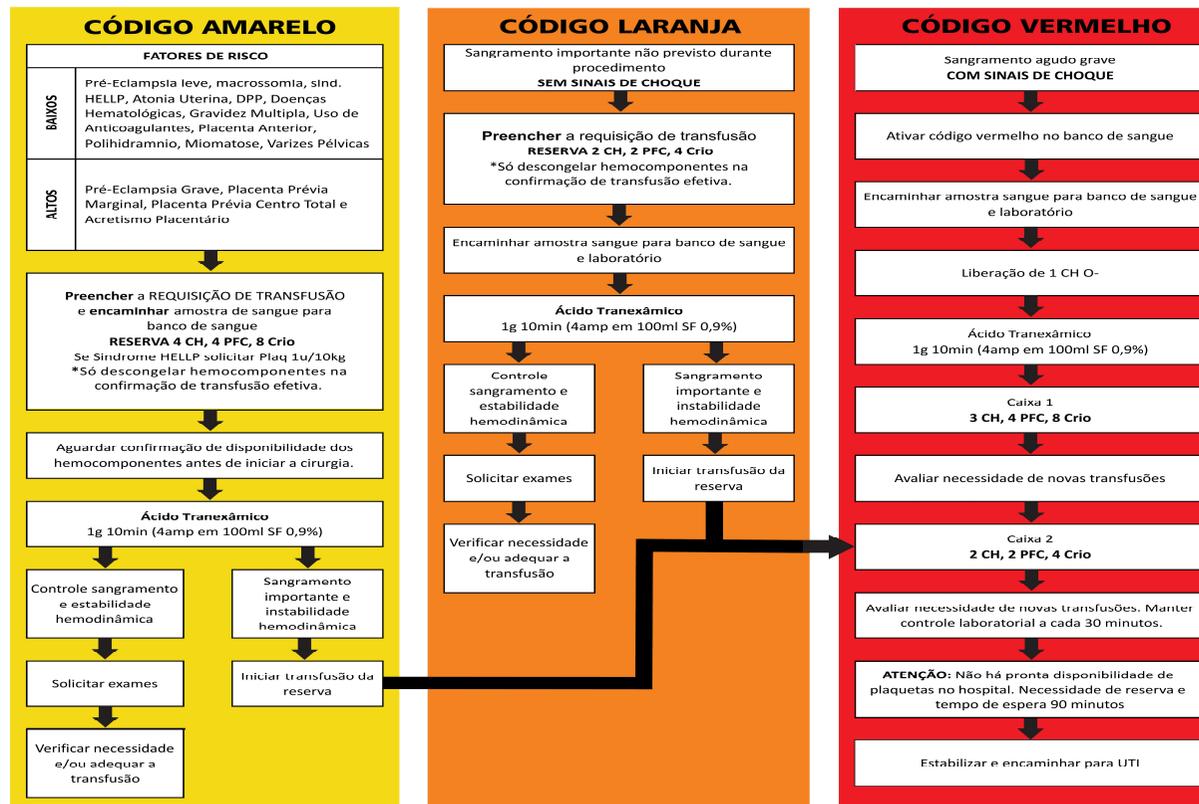
| Perda Sanguínea (ml) | % | Frequência cardíaca (bpm) | Pressão arterial sistólica (mmHg) | Índice de choque | Sinais e sintomas | <u>Transusão</u> |
|------------------------------|---|---------------------------|-----------------------------------|------------------|---|----------------------------|
| 10 a 15 (500 a 1000) | | 60-90 | >90 | 0,7-1,0 | Palpitações, discreto aumento na frequência cardíaca, tontura | Usualmente não |
| 15 a 25 (1000 a 1500) | | 91-100 | 80-90 | 1,0-1,3 | Taquicardia (100 a 120 batimentos/minuto), sudorese, fraqueza | Possível |
| 25 a 35 (1500 a 2000) | | 101-120 | 70-79 | 1,3-1,7 | Taquicardia (120 a 140 batimentos/minuto), <u>inquietação</u> , palidez, confusão, oligúria | Usualmente requerida |
| 35 a 45 (> 2000) | | >120 | <70 | >1,7 | Letargia, anúria, taquicardia (>140 batimentos/minuto), dispnéia | Possível transfusão maciça |



PROTOCOLO DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE HEMORRAGIA



* É obrigatória a assinatura do médico no termo de responsabilidade nos casos em que não é possível aguardar o término dos testes pré-transfusionais.

EXAMES LABORATORIAIS:
VG, HB, TAP/RNI, TTPA, Fibrinogênio, Plaquetas, Gasometria arterial

META TERAPÊUTICA:
Hb > 8g/dl, RNI < 1,5, Plaquetas > 50.000, Fibrinogênio 150-200mg/dl

1. Chamar ajuda, solicitar o carro de emergência + kit atendimento hemorragia
2. Administre O2 a 100%
3. Inicie/mantenha a quantificação das perdas sanguíneas
4. Considere instalação de pressão arterial invasiva/PVC e acesso central/via aérea segura precocemente
5. Manter o paciente aquecido
6. Discuta o plano de tratamento e mantenha a equipe informada sobre condutas.

MEDICAÇÕES E TRATAMENTO

Hipocalcemia (Gluconato de cálcio 10%). Realizar 1-2 ampolas EV em 100ml SF 0,9% em 10 a 30 minutos
Hipercalcemia (Gluconato de cálcio 30mg/Kg EV ou Cloreto de Cálcio 10mg/kg EV). Insulina R 10u EV com 1-2amp Glicose 50%, conforme necessário. Bicarbonato de Sódio 1-2mEq/kg EV lento.

CÓDIGO AMARELO

| FATORES DE RISCO | |
|------------------|---|
| BAIXOS | Pré-Eclampsia leve, macrosomia, sind. HELLP, Atonia Uterina, DPP, Doenças Hematológicas, Gravidez Multipla, Uso de Anticoagulantes, Placenta Anterior, Polihidramnio, Miomatose, Varizes Pélvicas |
| ALTOS | Pré-Eclampsia Grave, Placenta Prévia Marginal, Placenta Prévia Centro Total e Acretismo Placentário |

CÓDIGO AMARELO

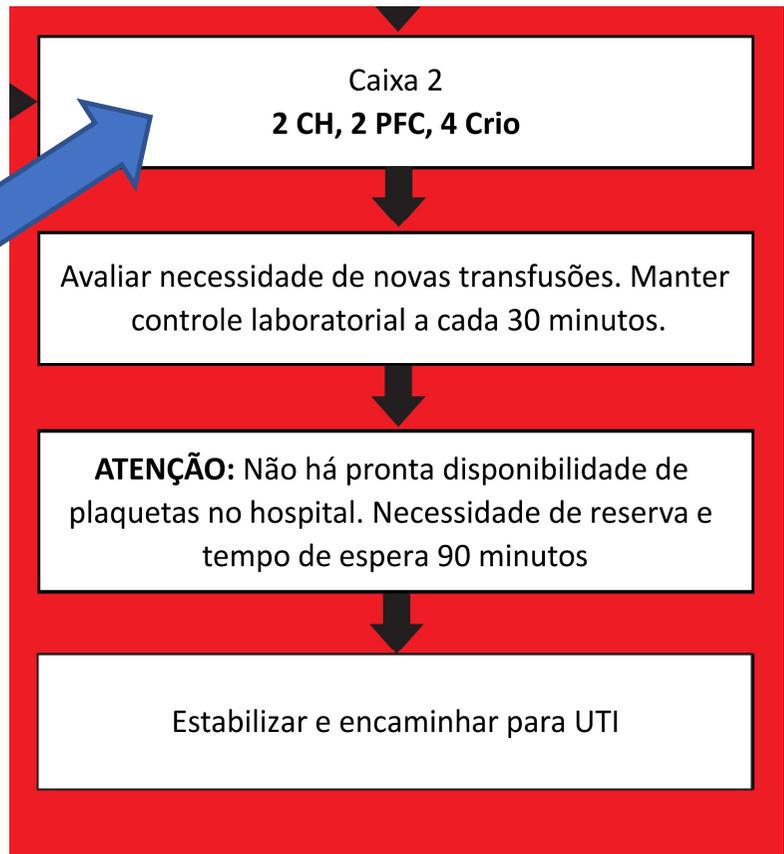
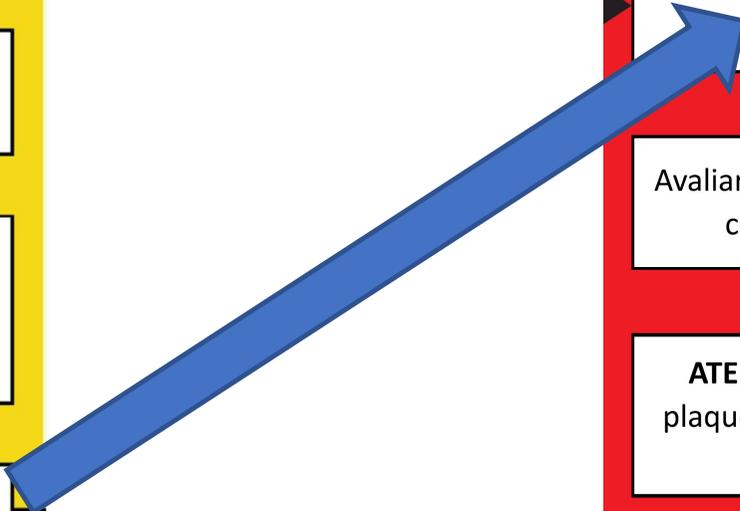
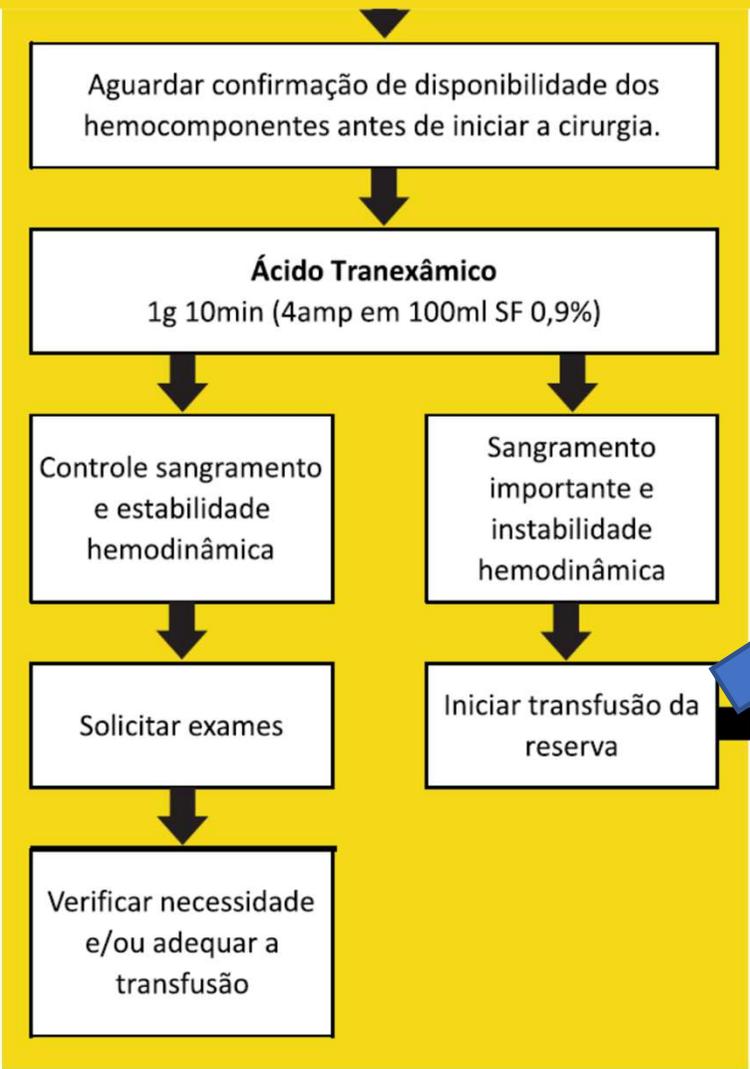
Preencher a REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO
e **encaminhar** amostra de sangue para
banco de sangue

RESERVA 4 CH, 4 PFC, 8 Crio

Se Síndrome HELLP solicitar Plaq 1u/10kg

*Só descongelar hemocomponentes na
confirmação de transfusão efetiva.

CÓDIGO AMARELO



CÓDIGO AMARELO

| FATORES DE RISCO | |
|------------------|--|
| BAIXOS | Pré-Eclampsia leve, macrossomia, sind. HELLP, Atonia Uterina, DPP, Doenças Hematológicas, Gravidez Multipla, Uso de Anticoagulantes, Placenta Anterior, Polihidramnio, Miotatose, Varizes Pélvicas |
| ALTOS | Pré-Eclampsia Grave, Placenta Prévia Marginal, Placenta Prévia Centro Total e Acretismo Placentário |

Preencher a REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO e encaminhar amostra de sangue para banco de sangue
RESERVA 4 CH, 4 PFC, 8 Crio
Se Síndrome HELLP solicitar Pla_q 1u/10kg
*Só descongelar hemocomponentes na confirmação de transfusão efetiva.

Aguardar confirmação de disponibilidade dos hemocomponentes antes de iniciar a cirurgia.

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Controle sangramento e estabilidade hemodinâmica

Solicitar exames

Verificar necessidade e/ou adequar a transfusão

Sangramento importante e instabilidade hemodinâmica

Iniciar transfusão da reserva

CÓDIGO LARANJA

Sangramento importante não previsto durante procedimento
SEM SINAIS DE CHOQUE

Preencher a requisição de transfusão
RESERVA 2 CH, 2 PFC, 4 Crio
*Só descongelar hemocomponentes na confirmação de transfusão efetiva.

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue e laboratório

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Controle sangramento e estabilidade hemodinâmica

Solicitar exames

Verificar necessidade e/ou adequar a transfusão

Sangramento importante e instabilidade hemodinâmica

Iniciar transfusão da reserva

CÓDIGO VERMELHO

Sangramento agudo grave
COM SINAIS DE CHOQUE

Ativar código vermelho no banco de sangue

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue e laboratório

Liberação de 1 CH O-

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Caixa 1
3 CH, 4 PFC, 8 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões

Caixa 2
2 CH, 2 PFC, 4 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões. Manter controle laboratorial a cada 30 minutos.

ATENÇÃO: Não há pronta disponibilidade de plaquetas no hospital. Necessidade de reserva e tempo de espera 90 minutos

Estabilizar e encaminhar para UTI

CÓDIGO LARANJA

Sangramento importante não previsto durante procedimento
SEM SINAIS DE CHOQUE

Preencher a requisição de transfusão
RESERVA 2 CH, 2 PFC, 4 Crio
*Só descongelar hemocomponentes na confirmação de transfusão efetiva.

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue e laboratório

Ácido Tranexâmico

1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Controle sangramento e estabilidade hemodinâmica

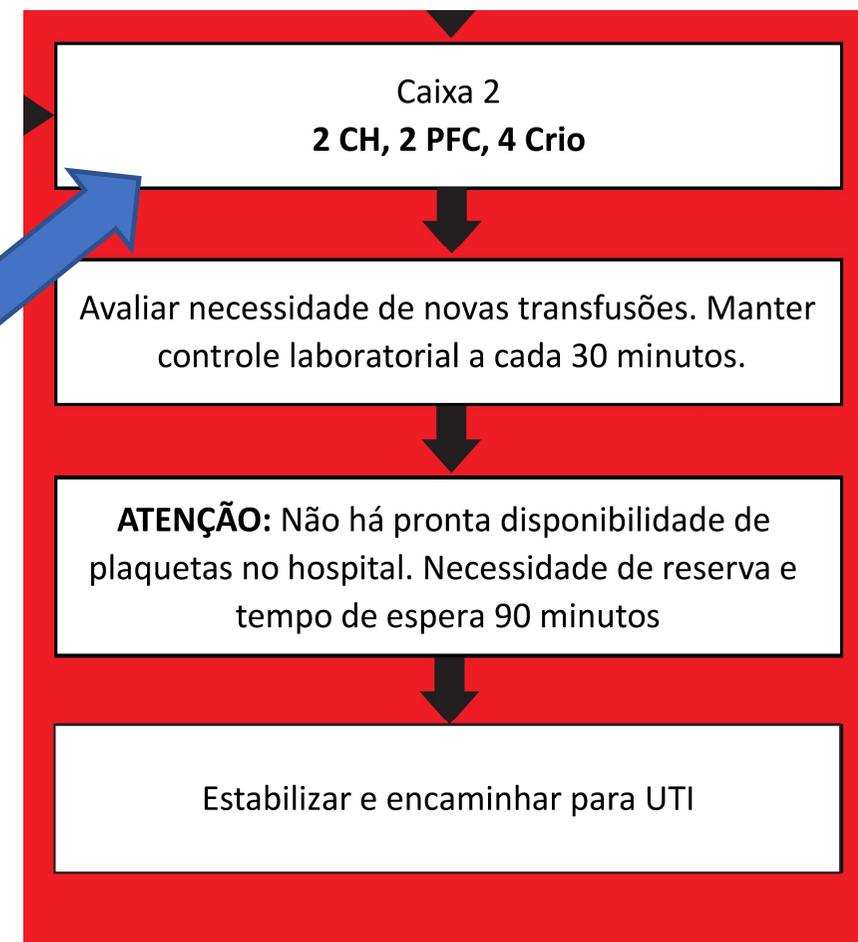
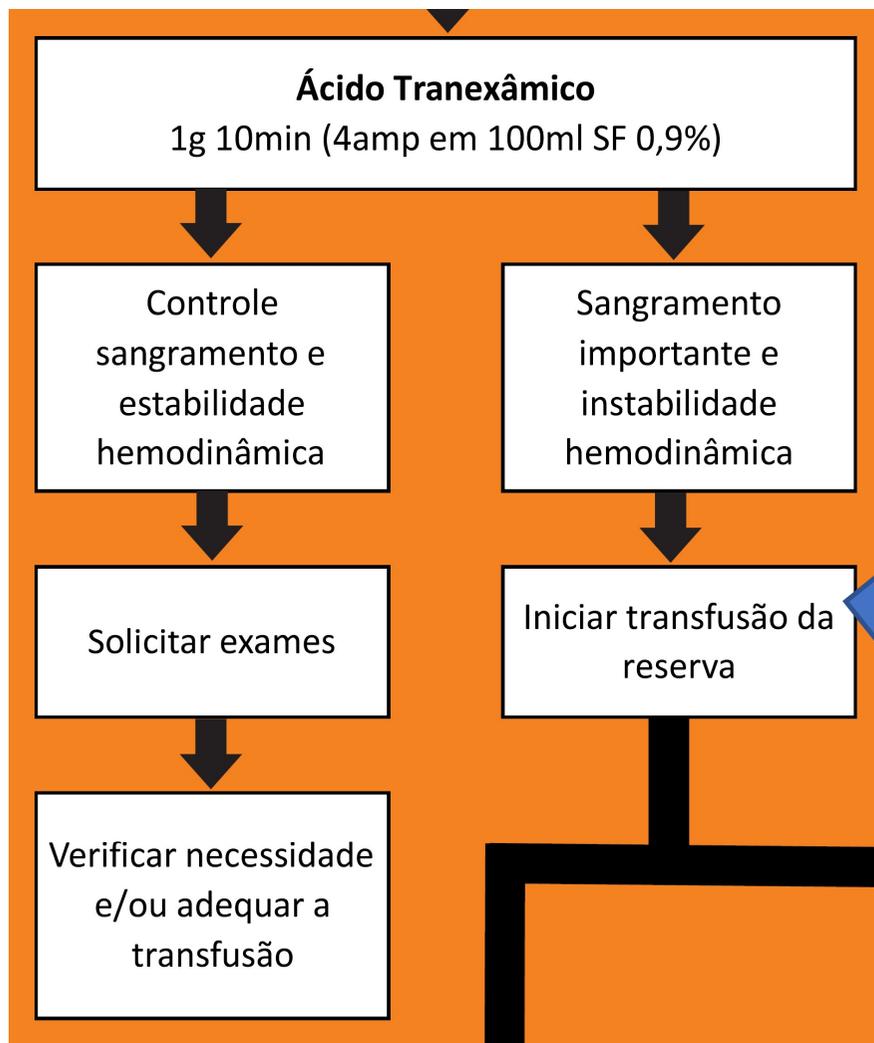
Solicitar exames

Verificar necessidade e/ou adequar a transfusão

Sangramento importante e instabilidade hemodinâmica

Iniciar transfusão da reserva

CÓDIGO LARANJA



CÓDIGO AMARELO

| FATORES DE RISCO | |
|------------------|--|
| BAIXOS | Pré-Eclampsia leve, macrossomia, sind. HELLP, Atonia Uterina, DPP, Doenças Hematológicas, Gravidez Multipla, Uso de Anticoagulantes, Placenta Anterior, Polihidramnio, Miomatose, Varizes Pélvicas |
| ALTOS | Pré-Eclampsia Grave, Placenta Prévia Marginal, Placenta Prévia Centro Total e Acretismo Placentário |

Preencher a REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO e encaminhar amostra de sangue para banco de sangue
RESERVA 4 CH, 4 PFC, 8 Crio
Se Síndrome HELLP solicitar Pla_q 1u/10kg
*Só descongelar hemocomponentes na confirmação de transfusão efetiva.

Aguardar confirmação de disponibilidade dos hemocomponentes antes de iniciar a cirurgia.

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Controle sangramento e estabilidade hemodinâmica

Solicitar exames

Verificar necessidade e/ou adequar a transfusão

Sangramento importante e instabilidade hemodinâmica

Iniciar transfusão da reserva

CÓDIGO LARANJA

Sangramento importante não previsto durante procedimento
SEM SINAIS DE CHOQUE

Preencher a requisição de transfusão
RESERVA 2 CH, 2 PFC, 4 Crio
*Só descongelar hemocomponentes na confirmação de transfusão efetiva.

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue e laboratório

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Controle sangramento e estabilidade hemodinâmica

Solicitar exames

Verificar necessidade e/ou adequar a transfusão

Sangramento importante e instabilidade hemodinâmica

Iniciar transfusão da reserva

CÓDIGO VERMELHO

Sangramento agudo grave
COM SINAIS DE CHOQUE

Ativar código vermelho no banco de sangue

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue e laboratório

Liberação de 1 CH O-

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Caixa 1
3 CH, 4 PFC, 8 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões

Caixa 2
2 CH, 2 PFC, 4 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões. Manter controle laboratorial a cada 30 minutos.

ATENÇÃO: Não há pronta disponibilidade de plaquetas no hospital. Necessidade de reserva e tempo de espera 90 minutos

Estabilizar e encaminhar para UTI

CÓDIGO VERMELHO

Sangramento agudo grave
COM SINAIS DE CHOQUE

Ativar código vermelho no banco de sangue

Encaminhar amostra sangue para banco de sangue
e laboratório

Liberação de 1 CH O-

Ácido Tranexâmico
1g 10min (4amp em 100ml SF 0,9%)

Caixa 1
3 CH, 4 PFC, 8 Crio

Caixa 1
3 CH, 4 PFC, 8 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões

Caixa 2
2 CH, 2 PFC, 4 Crio

Avaliar necessidade de novas transfusões. Manter
controle laboratorial a cada 30 minutos.

ATENÇÃO: Não há pronta disponibilidade de
plaquetas no hospital. Necessidade de reserva e
tempo de espera 90 minutos

Estabilizar e encaminhar para UTI

* É obrigatória a assinatura do médico no termo de responsabilidade nos casos em que não é possível aguardar o término dos testes pré-transfusionais.

EXAMES LABORATORIAIS:

VG, HB, TAP/RNI, TTPA,
Fibrinogênio, Plaquetas,
Gasometria arterial

1. Chamar ajuda, solicitar o carro de emergência + kit atendimento hemorragia
2. Administre O₂ a 100%
3. Inicie/mantenha a quantificação das perdas sanguíneas
4. Considere instalação de pressão arterial invasiva/PVC e acesso central/via aérea segura precocemente
5. Manter a paciente aquecida
6. Discuta o plano de tratamento e mantenha a equipe informada sobre condutas.

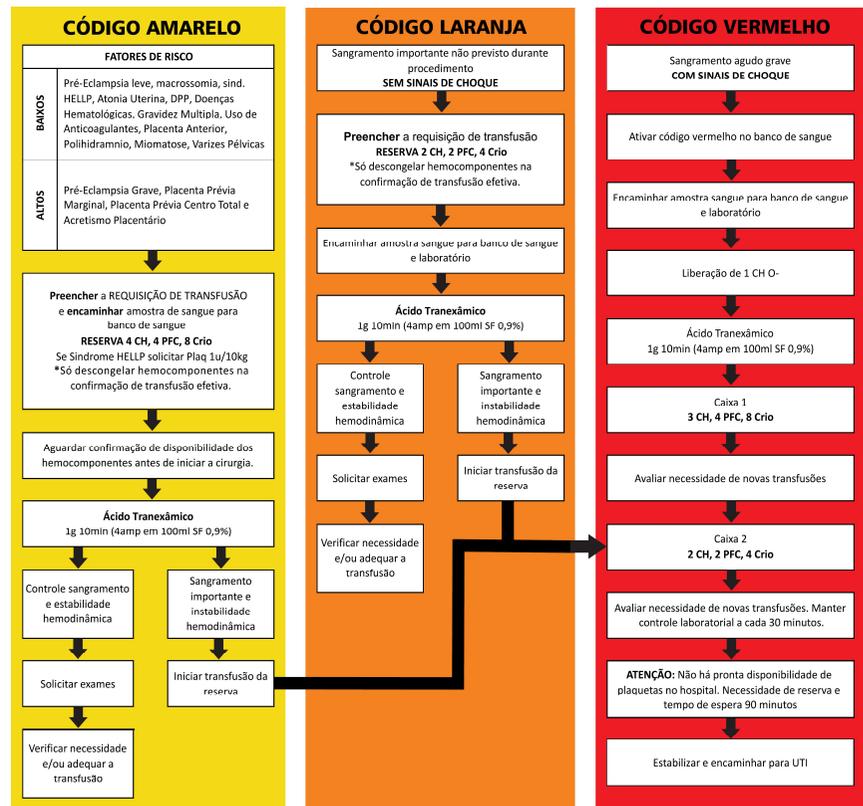
META TERAPÊUTICA:

Hb > 8g/dl, RNI ≤ 1,5,
Plaquetas > 50.000
Fibrinogênio 150-200mg/dl

MEDICAÇÕES E TRATAMENTO

Hipocalcemia (Gluconato de cálcio 10%). Realizar 1-2 ampolas EV em 100ml SF 0,9% em 10 a 30 minutos
Hipercalcemia (Gluconato de cálcio 30mg/Kg EV ou Cloreto de Cálcio 10mg/kg EV). Insulina R 10u EV com 1-2amp Glicose 50%, conforme necessário. Bicarbonato de Sódio 1-2mEq/kg EV lento.

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE HEMORRAGIA



* É obrigatória a assinatura do médico no termo de responsabilidade nos casos em que não é possível aguardar o término dos testes pré-transfusionais.

EXAMES LABORATORIAIS:
VG, HB, TAP/RNI, TTPA, Fibrinogênio, Plaquetas, Gasometria arterial

1. Chamar ajuda, solicitar o carro de emergência + kit atendimento hemorragia
2. Administre O2 a 100%
3. Inicie/mantenha a quantificação das perdas sanguíneas
4. Considere instalação de pressão arterial invasiva/PVC e acesso central/via aérea segura precocemente
5. Manter a paciente aquecida
6. Discuta o plano de tratamento e mantenha a equipe informada sobre condutas.

META TERAPÊUTICA:

Hb > 8g/dl, RNI < 1,5, Plaquetas > 50.000, Fibrinogênio 150-200mg/dl

MEDICAÇÕES E TRATAMENTO

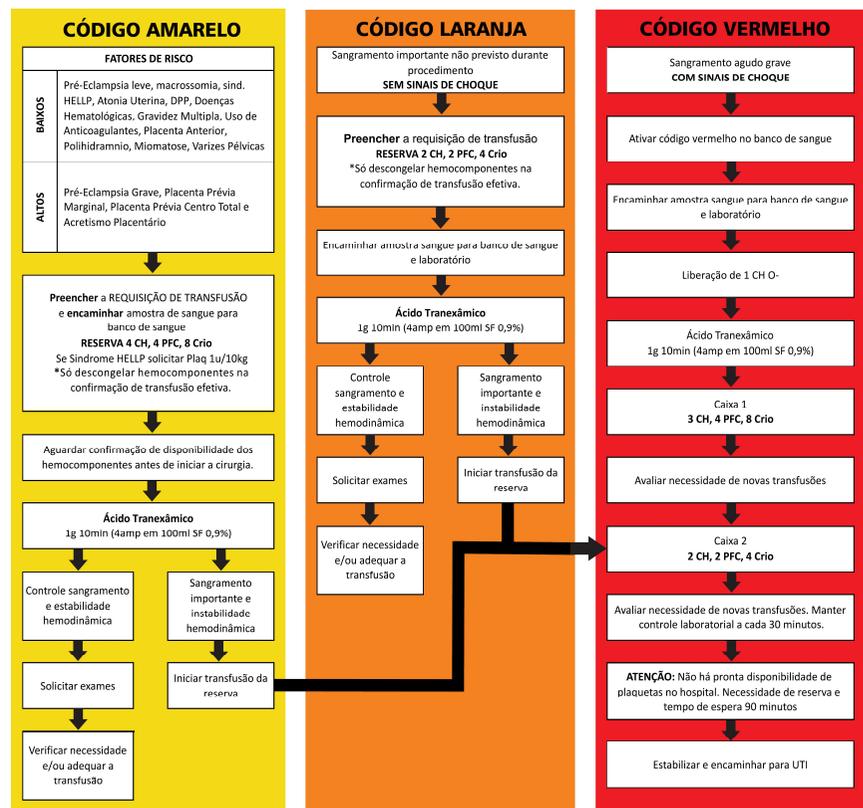
Hipocalcemia (Gluconato de cálcio 10%). Realizar 1-2 ampolas EV em 100ml SF 0,9% em 10 a 30 minutos
Hipercalcemia (Gluconato de cálcio 30mg/kg EV ou Cloreto de Cálcio 10mg/kg EV). Insulina R 10U EV com 1-2amp Glicose 50%, conforme necessário. Bicarbonato de Sódio 1-2mEq/kg EV lento.

1. Mobilização de toda a equipe, chamar ajuda, comunicar a paciente.
2. Monitorização dos dados vitais (aferir temperatura a cada 15 minutos) + 2 acessos venosos calibrosos + O2 suplementar em máscara facial para manter SpO2>95%+ elevação dos membros superiores + sondagem vesical de demora. Estimar perda volêmica, calcular índice de choque.
3. Iniciar reposição volêmica – 1000ml Soro fisiológico 0,9% ou Ringer Lactato EV em bolus, avaliar resposta a cada 300-500 ml infundidos.
4. Coleta de sangue para exames laboratoriais (já na primeira punção de acesso venoso)
 - a. Tipagem sanguínea e prova cruzada , hemograma completo, coagulograma, fibrinogênio, ionograma, lactato (em casos graves) e gasometria (em casos graves)
5. Considerar transfusão sanguínea, caso não seja necessária neste momento, solicitar reserva de hemoderivados.
6. Ácido tranexâmico 1 g (10 ml de uma solução a 100mg/ml) infundir em 20 minutos, se o sangramento persistir , após 30 minutos, aplicar segunda dose de 1g.Deve ser realizado nas primeiras 3 horas.
7. Avaliação rápida da causa da hemorragia (“4Ts”) e determinar causa.
8. Avaliar tônus uterino
9. Revisão do trajeto: descartar lesões de trajeto vaginal, hematomas ou lesões de colo
10. Revisão da cavidade uterina para descartar a presença de restos placentários, inversão ou ruptura.
11. Avaliar história de coagulopatia

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE HEMORRAGIA

❖ ATONIA UTERINA

- ❖ Manobra uterina bimanual
- ❖ Ocitocina 5 UI EV lento (pelo menos 3 minutos) + 20 a 40 UI diluídas em 500 ml SF0,9% à infusão de 250ml/ hora. Manutenção 125ml/hora por 4 horas. Casos de atonia importante continuar infusão até 24 horas a 67,5 ml/hora ou à 3UI/hora. Utilizar bomba de infusão.
- ❖ Metilergometrina 0,2mg - 1 ampola intra-muscular, repetir em 20 minutos. Casos graves: mais 3 doses de 4/4 horas. Dose máxima de 1mg/24 horas. (contra-indicado na hipertensão e pré-eclampsia)
- ❖ Misoprostol 800 mcg via retal
- ❖ Se persistência: inserção de balão intra-uterino
- ❖ Considerar paridade e estabilidade hemodinâmica
 - ❖ Ligaduras vasculares (artérias uterinas, ovarianas e/ou hipogástrica)
 - ❖ Suturas compressivas (B-Lynch, Hayman, Cho)
 - ❖ Embolização de vasos pélvicos
 - ❖ Histerectomia subtotal puerperal
 - ❖ Cirurgia de controle de danos



* É obrigatória a assinatura do médico no termo de responsabilidade nos casos em que não é possível aguardar o término dos testes pré-transfusionais.

EXAMES LABORATORIAIS:
VG, HB, TAP/RNI, TTPA, Fibrinogênio, Plaquetas, Gasometria arterial

1. Chamar ajuda, solicitar o carro de emergência + kit atendimento hemorragia
2. Administre O2 a 100%
3. Inicie/mantenha a quantificação das perdas sanguíneas
4. Considere instalação de pressão arterial invasiva/PVC e acesso central/via aérea segura precocemente
5. Manter a paciente aquecida
6. Discuta o plano de tratamento e mantenha a equipe informada sobre condutas.

META TERAPÊUTICA:
Hb > 8g/dl, RNI < 1,5, Plaquetas > 50.000, Fibrinogênio 150-200mg/dl

MEDICAÇÕES E TRATAMENTO

Hipocalcemia (Gluconato de cálcio 10%). Realizar 1-2 ampolas EV em 100ml SF 0,9% em 10 a 30 minutos
Hipercalemia (Gluconato de cálcio 30mg/kg EV ou Cloreto de Cálcio 10mg/kg EV). Insulina R 10u EV com 1-2amp Glicose 50%, conforme necessário. Bicarbonato de Sódio 1-2mEq/kg EV lento.

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE HEMORRAGIA

➤ TRAUMA

- Sutura de lacerações com revisão da cavidade vaginal e colo uterino.
- Hematomas, avaliar exploração cirúrgica (Se hematoma > 5 cm ou em expansão considerar abordagem cirúrgica para drenagem e inserção de dreno de penrose por 24 horas)
- Rotura uterina: encaminhar para laparotomia
- Inversão uterina: manobra de Taxe, laparotomia, balão de tamponamento

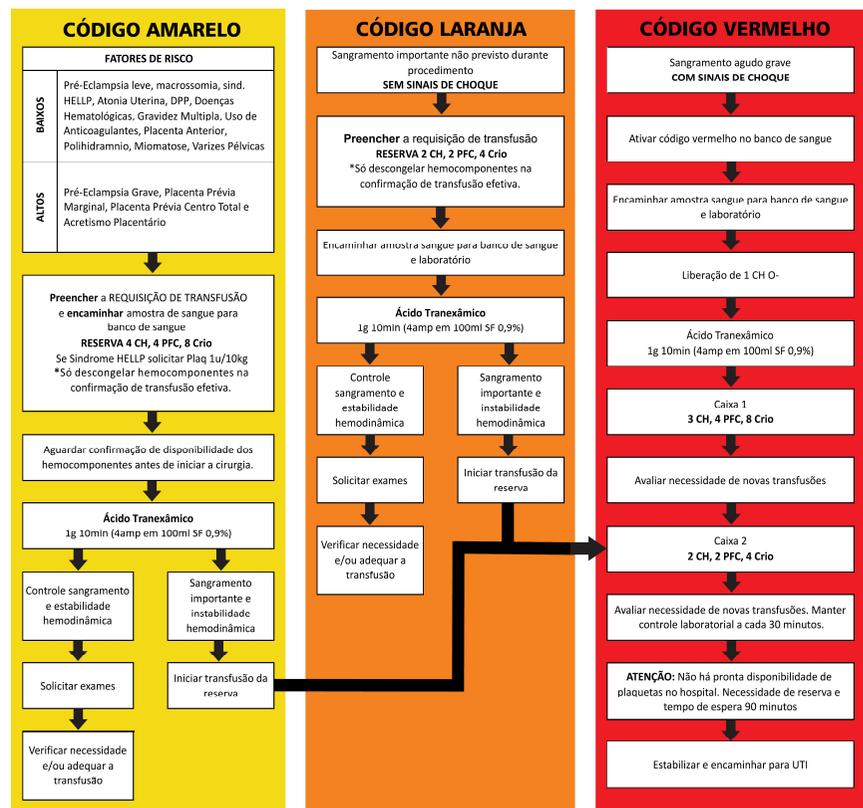
☐ TECIDO

- ☐ Dequitação prolongada (30-45 minutos), sem sangramento, realizar extração manual da placenta (se não houver plano, não insistir, risco de acretismo e hemorragia grave) e curetagem.
- ☐ Restos pós dequitação: realizar curetagem
- ☐ Acretismo placentário: não tentar remover placenta (nem parcial), histerectomia com placenta in situ ou conduta conservadora.

✓ DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO

- ✓ Testes de coagulação e história clínica
- ✓ Tratamento específico e transfusão
- ✓ Cuidado com cirurgia, se estiver em curso considerar realização de controle de danos, se CIVD.

- Considerar antibiotipofilaxia na massagem bimanual, uso de balões de tamponamento e cirurgias.
- Observação rigorosa após a hemorragia, avaliar necessidade de UTI, caso não exista, manter a paciente monitorizada nas primeiras 24 horas no pré-parto.



* É obrigatória a assinatura do médico no termo de responsabilidade nos casos em que não é possível aguardar o término dos testes pré-transfusionais.

EXAMES LABORATORIAIS:
VG, HB, TAP/RNI, TTPA, Fibrinogênio, Plaquetas, Gasometria arterial

1. Chamar ajuda, solicitar o carro de emergência + kit atendimento hemorragia
2. Administre O2 a 100%
3. Início/mantenha a quantificação das perdas sanguíneas
4. Considere instalação de pressão arterial invasiva/PVC e acesso central/via aérea segura precocemente
5. Manter a paciente aquecida
6. Discuta o plano de tratamento e mantenha a equipe informada sobre condutas.

META TERAPÊUTICA:
Hb > 8g/dl, RNI < 1,5, Plaquetas > 50.000 Fibrinogênio 150-200mg/dl

MEDICAÇÕES E TRATAMENTO

Hipocalcemia (Gluconato de cálcio 10%). Realizar 1-2 ampolas EV em 100ml SF 0,9% em 10 a 30 minutos
Hipercalcemia (Gluconato de cálcio 30mg/kg EV ou Cloreto de Cálcio 10mg/kg EV). Insulina R 10U em com 1-2amp Glicose 50%, conforme necessário. Bicarbonato de Sódio 1-2mEq/kg EV lento.

**Salvar uma gestante com
hemorragia pós parto é um
exercício de trabalho em equipe
multidisciplinar**