

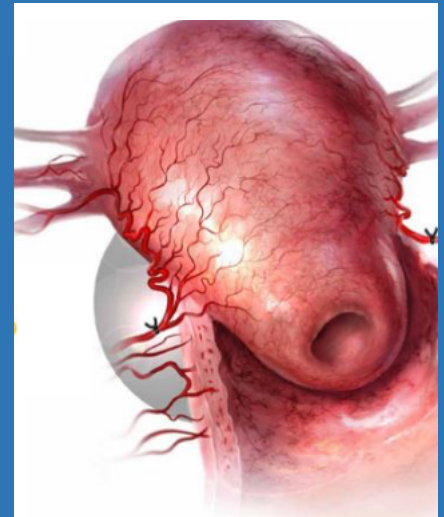
Margarida Meira de Carvalho | Marta Luísa Rodrigues

Internas do 1º e 3º ano de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DA MULHER: Dra. Antónia Nazaré

COORDENADORA DO BLOCO DE PARTOS: Dra. Teresa Matos

HEMORRAGIA PÓS-PARTO



Hemorragia Pós-Parto



Hemorragia Pós-Parto



OBJETIVOS



Hemorragia Pós-Parto



OBJETIVOS

- Alertar para a **importância** da HPP.
- Apresentação de um **caso clínico**.
- Exposição **teórica**.
- Apresentação da **casuística do HFF** nos últimos 5 anos.





CASO CLÍNICO



CASO CLÍNICO



37 anos.

Raça negra.

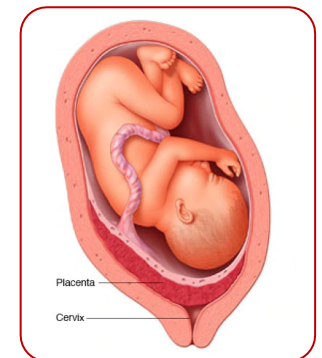
Índice obstétrico: 9019.
(6 p. eutócicos, 3 cesarianas, 1 aborto espontâneo)

AP: obesidade; 3 cesarianas.

Gravidez mal vigiada.

23s

- Transferida do HSM por hemorragia vaginal no contexto de **placenta prévia total** e inexistência de vaga na Neonatologia.
- À admissão, **sem** perda hemática ativa.
- **Internamento** para vigilância.





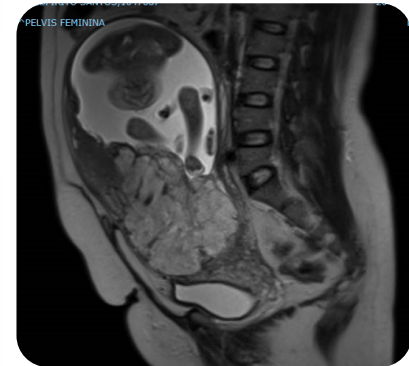
23s

- Ecografia obstétrica: placenta prévia total, sem sinais de descolamento.
- RM pélvica: placenta **prévia** e **acreta**, com suspeita de **percretismo** na vertente inferior direita do corpo uterino.



24-26s

- Repouso absoluto.
- Maturação pulmonar fetal.
- Assintomática.



27s

- **Hemorragia vaginal** persistente em moderada quantidade.
- Ecografia obstétrica: zonas de desinserção placentar sugestivas de **descolamento**.
- **Cesariana emergente**.

Recém-nascido com 900g, Índice Apgar 4/5/7.

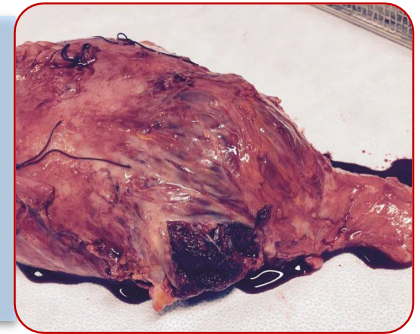




27s

Cesariana emergente:

- **Histerectomia** total e salpingectomia bilateral.
- Perdas estimadas: 2 000mL.
- Hb 5.1g/dL.
- Suporte transfusional: 2 UCE.



3 d

UCIP:

- Suporte transfusional: 4 UCE.

Alta hospitalar 11 dias após o parto.



- **Anatomia patológica do útero:** "(...) protrusão do tecido placentar na serosa uterina com 5cm de maior eixo, em localização ístmica e lateral direita (...)".



Placenta
percreta



**REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- Definição:

“perda de sangue $\geq 1000\text{mL}$ ou quando acompanhada de **sinais e sintomas de hipovolémia nas 24 horas pós-parto** (...) independentemente da via de parto.”

ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 183, OCTOBER 2017

(Replaces Practice Bulletin Number 76, October 2006)

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with Laurence E. Shields, MD; Dena Goffman, MD; and Aaron B. Caughey, MD, PhD.

Postpartum Hemorrhage

Maternal hemorrhage, defined as a cumulative blood loss of greater than or equal to 1,000 mL or blood loss accompanied by signs or symptoms of hypovolemia within 24 hours after the birth process, remains the leading cause of maternal mortality worldwide (1). Additional important secondary sequelae from hemorrhage exist and include adult respiratory distress syndrome, shock, disseminated intravascular coagulation, acute renal failure, loss of fertility, and pituitary necrosis (Sheehan syndrome).



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Definição:**

“perda de sangue $\geq 1000\text{mL}$ ou quando acompanhada de **sinais e sintomas de hipovolémia nas 24 horas pós-parto** (...) independentemente da via de parto.”

- **Epidemiologia:**



- Prevalência: **1 – 5%**

- Mortalidade:

Países desenvolvidos: **1 : 100 000** partos.

Países em desenvolvimento: **1 : 1 000** partos.

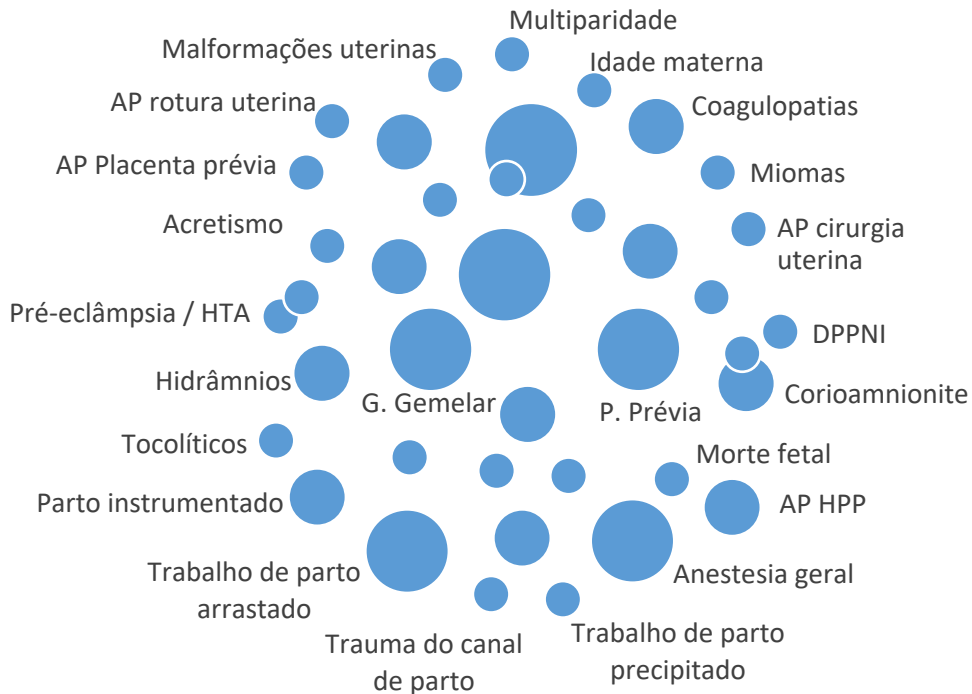
1 morte a cada 4 minutos.

**EMERGÊNCIA
OBSTÉTRICA**



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- Fatores de risco:



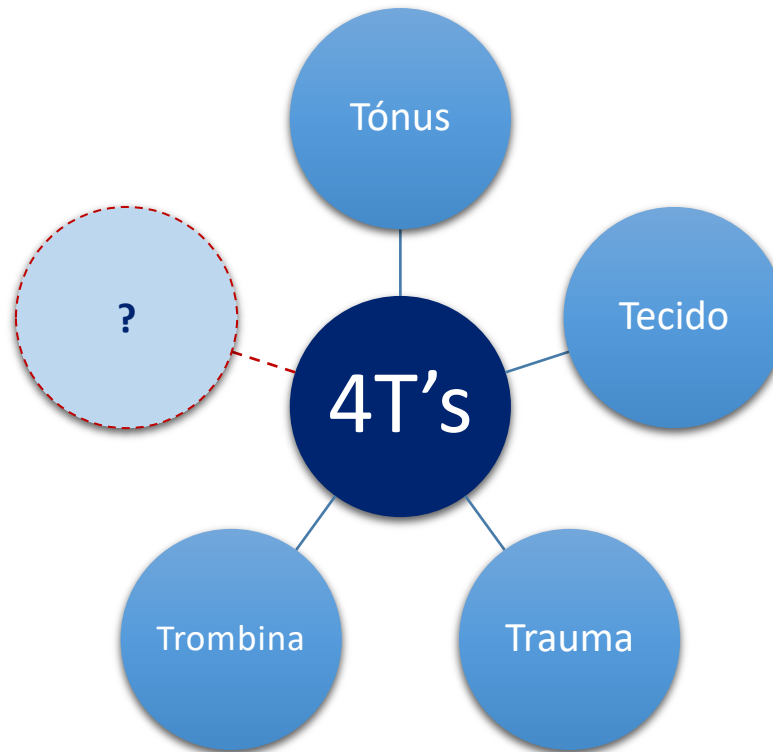
2/3
das HPP ocorrem
em mulheres
SEM fatores de
risco

A vigilância e prevenção deverá ser feita em TODAS as puérperas.



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

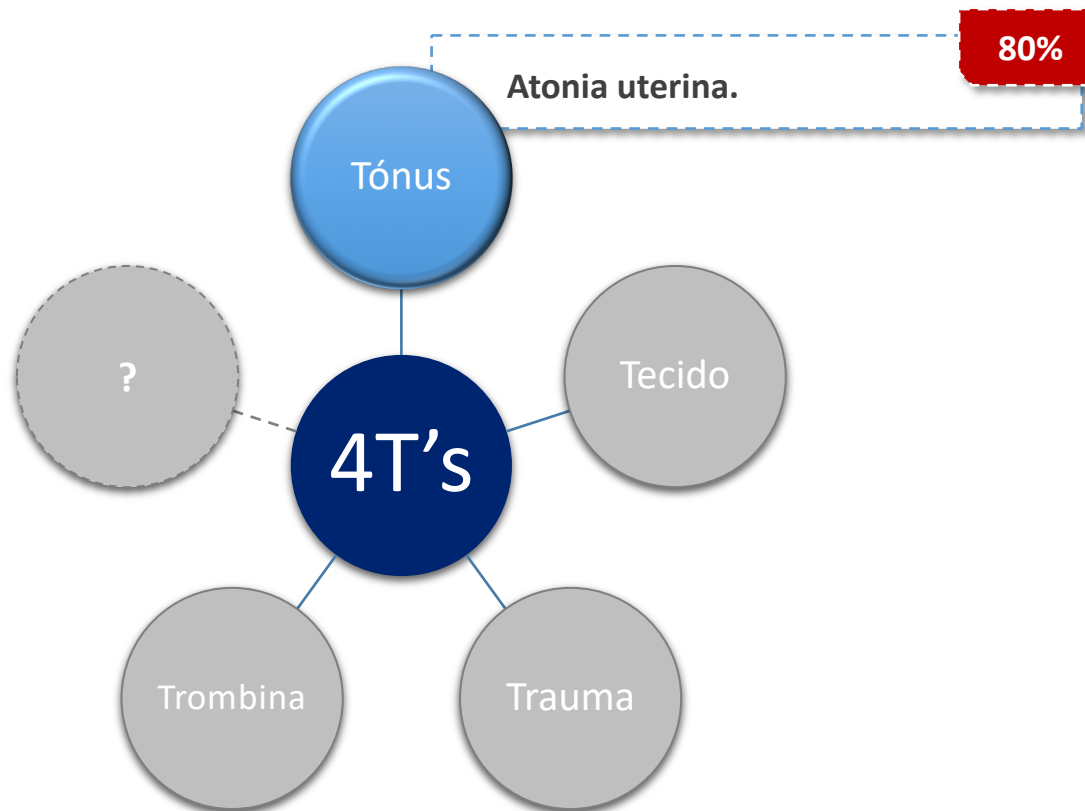
- Etiologia:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

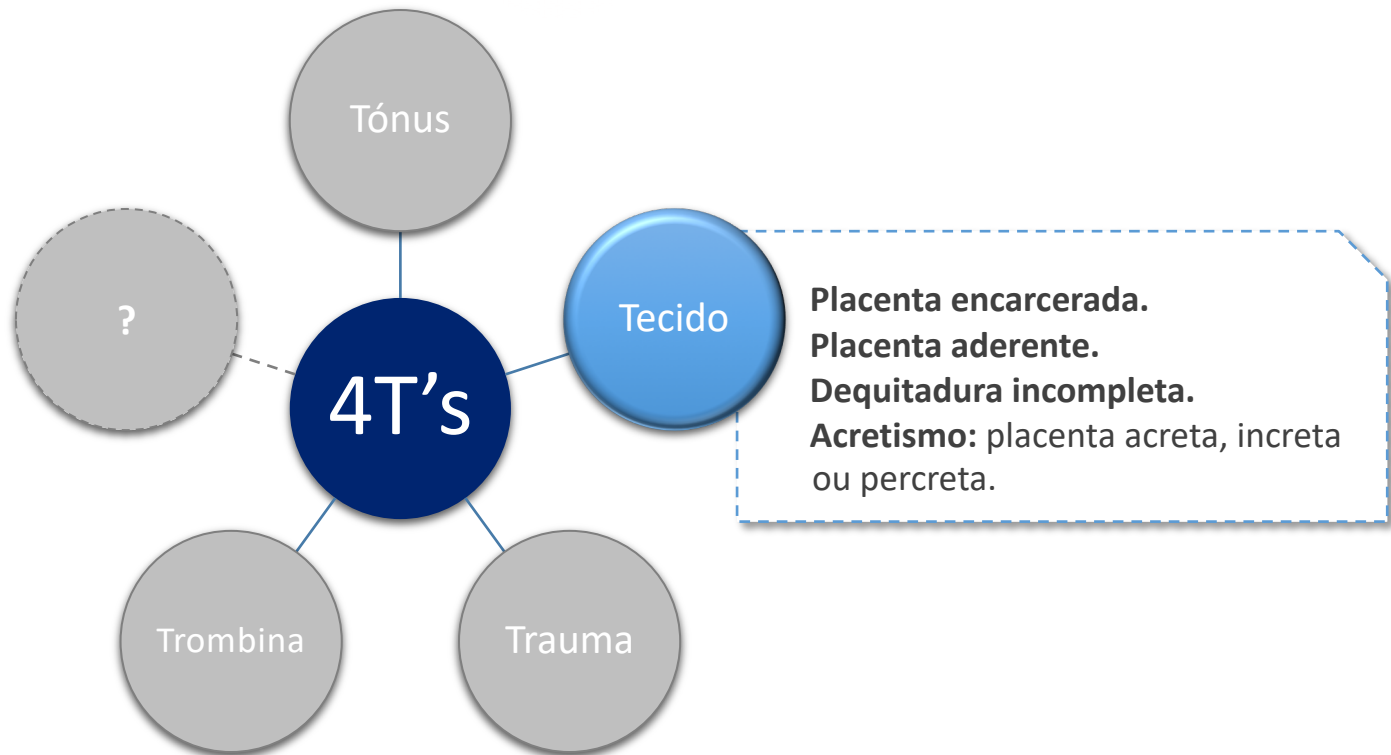
- Etiologia:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

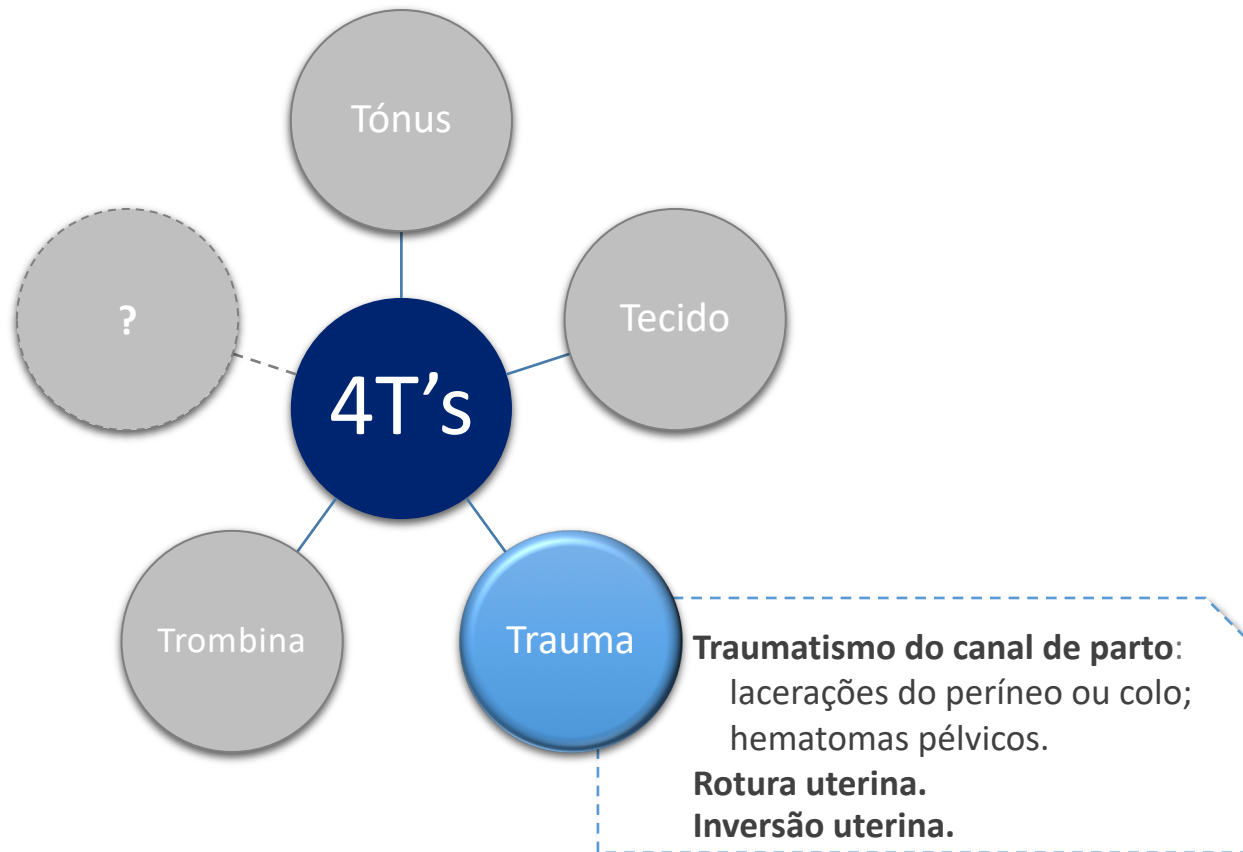
- Etiologia:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

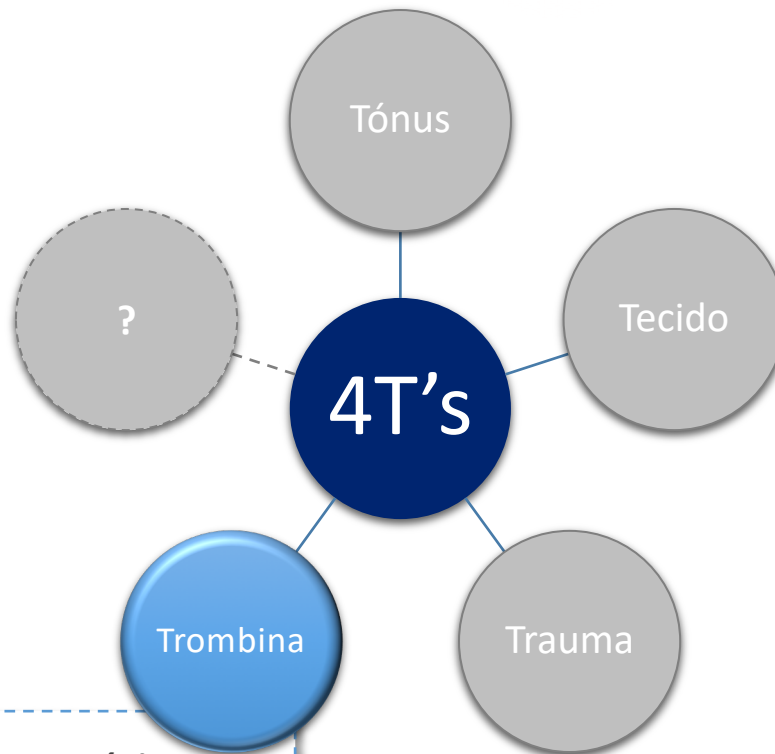
- Etiologia:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- Etiologia:

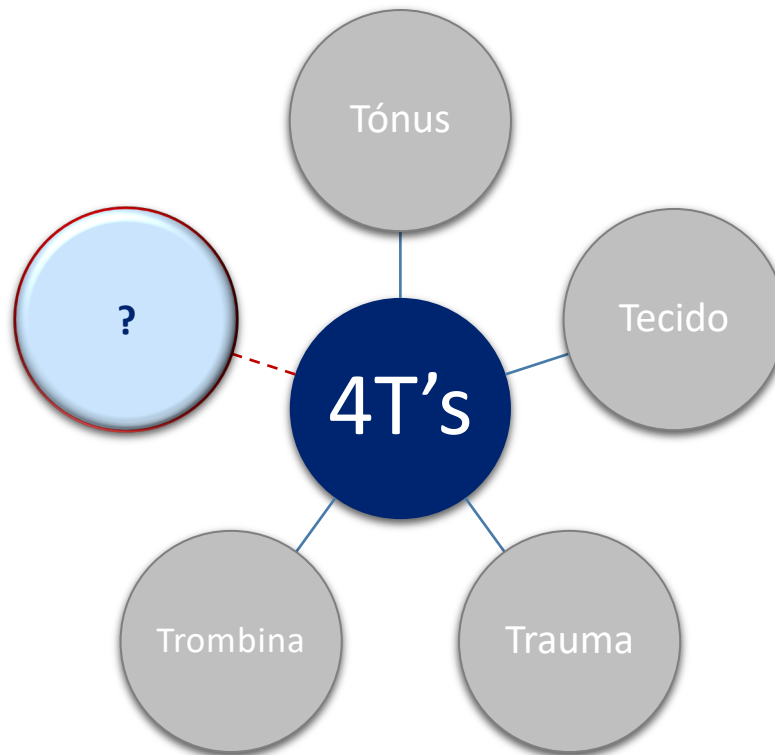


Coagulopatias congénitas ou adquiridas.



REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

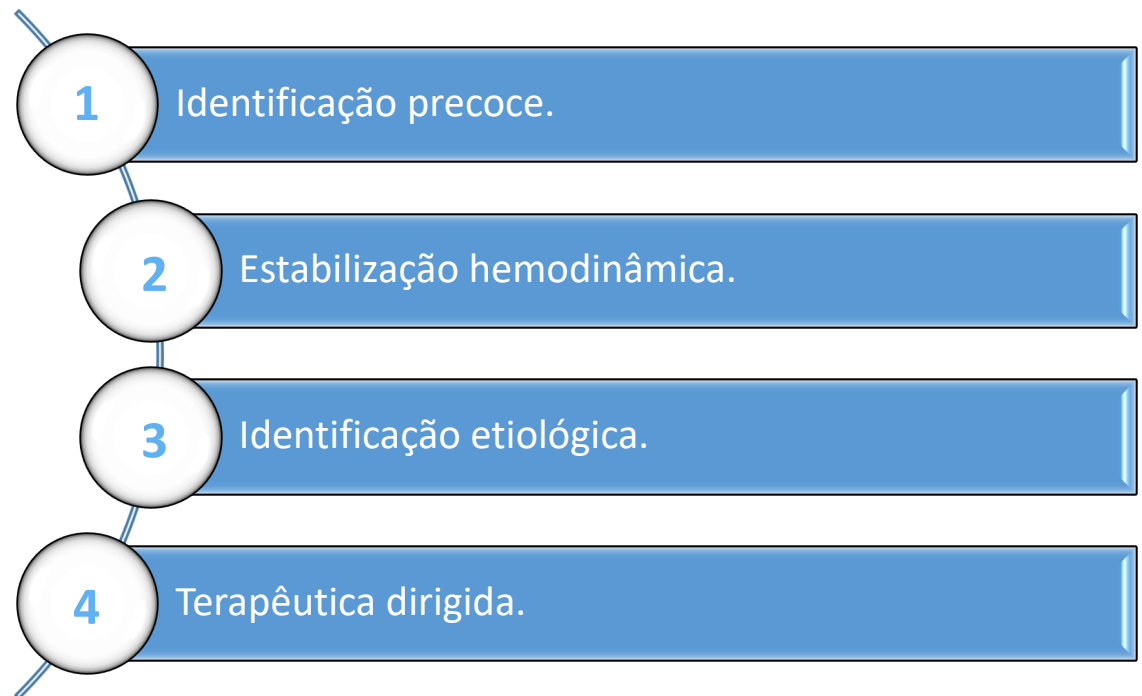
- Etiologia:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

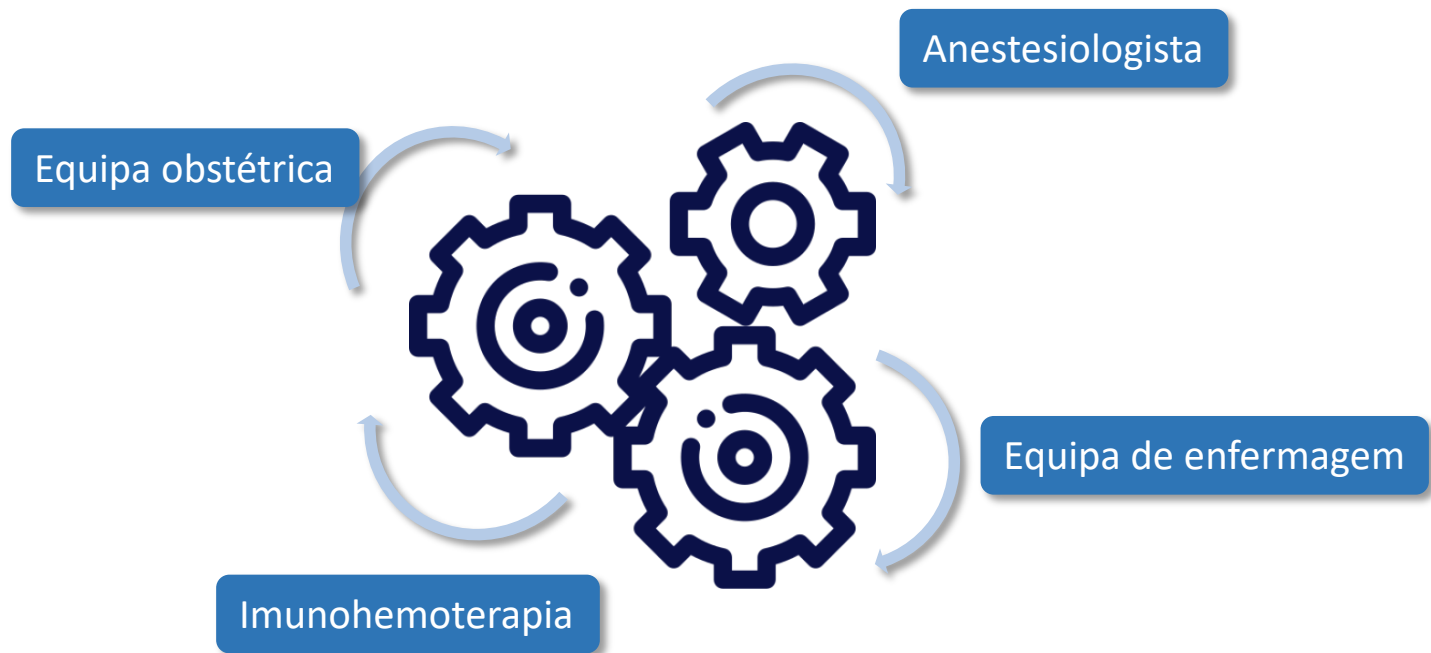
- Abordagem terapêutica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Abordagem terapêutica:** Assistência multidisciplinar





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Abordagem terapêutica – medidas gerais:**
 - Posição de Trendelenburg ou elevação dos MI com cabeceira da cama a 0°.
 - **Monitorização** contínua da TA, FC e oximetria.
 - Administrar **O₂** por máscara a 8-10 L/min.





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Abordagem terapêutica – medidas gerais:**
 - Cateterizar **2 acessos** venosos periféricos.
 - Avaliação **laboratorial** (4-4h):
 - Tipagem sanguínea.
 - Hemograma.
 - Provas de coagulação: TP, APTT, fibrinogénio e D-Dímeros.
 - Ionograma e cálcio ionizado.
 - Função renal.





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Abordagem terapêutica – manutenção do volume circulante:**

- Iniciar **fluidoterapia** o mais precocemente possível.

O tipo e quantidade de fluidos administrados dependem das perdas estimadas.

São necessários 3L de cristaloides para substituir 1L de sangue.

Preferência por cristaloides.

- ± Transusão de hemoderivados.
- Administrar 1g de **ácido tranexâmico**.

Articulação com Serviço de Imunohemoterapia

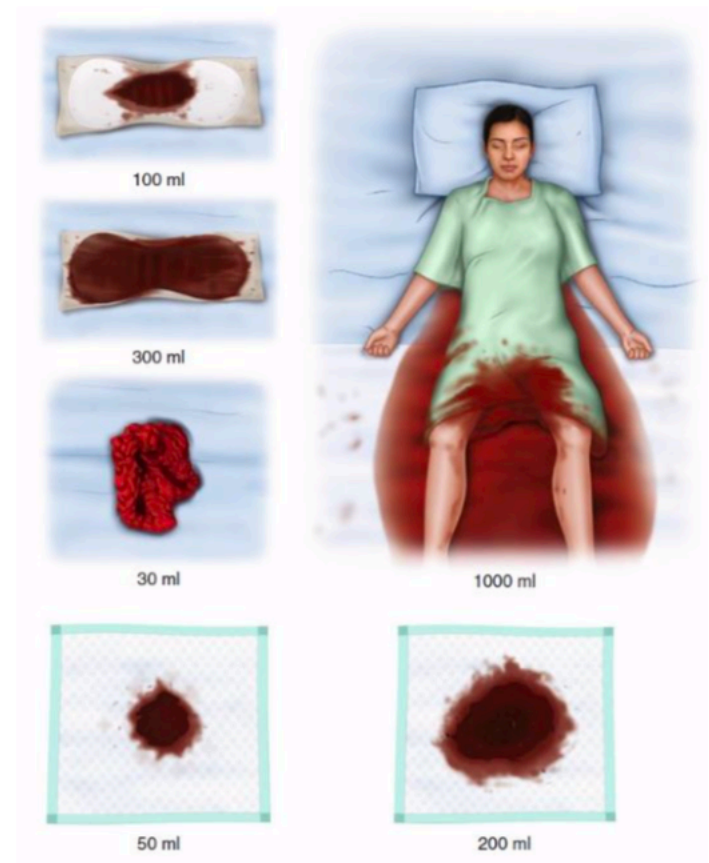




REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- Abordagem terapêutica – medidas gerais:
 - Algaliação e monitorização do **débito urinário** (>30 mL/h).
 - Evitar a hipotermia.

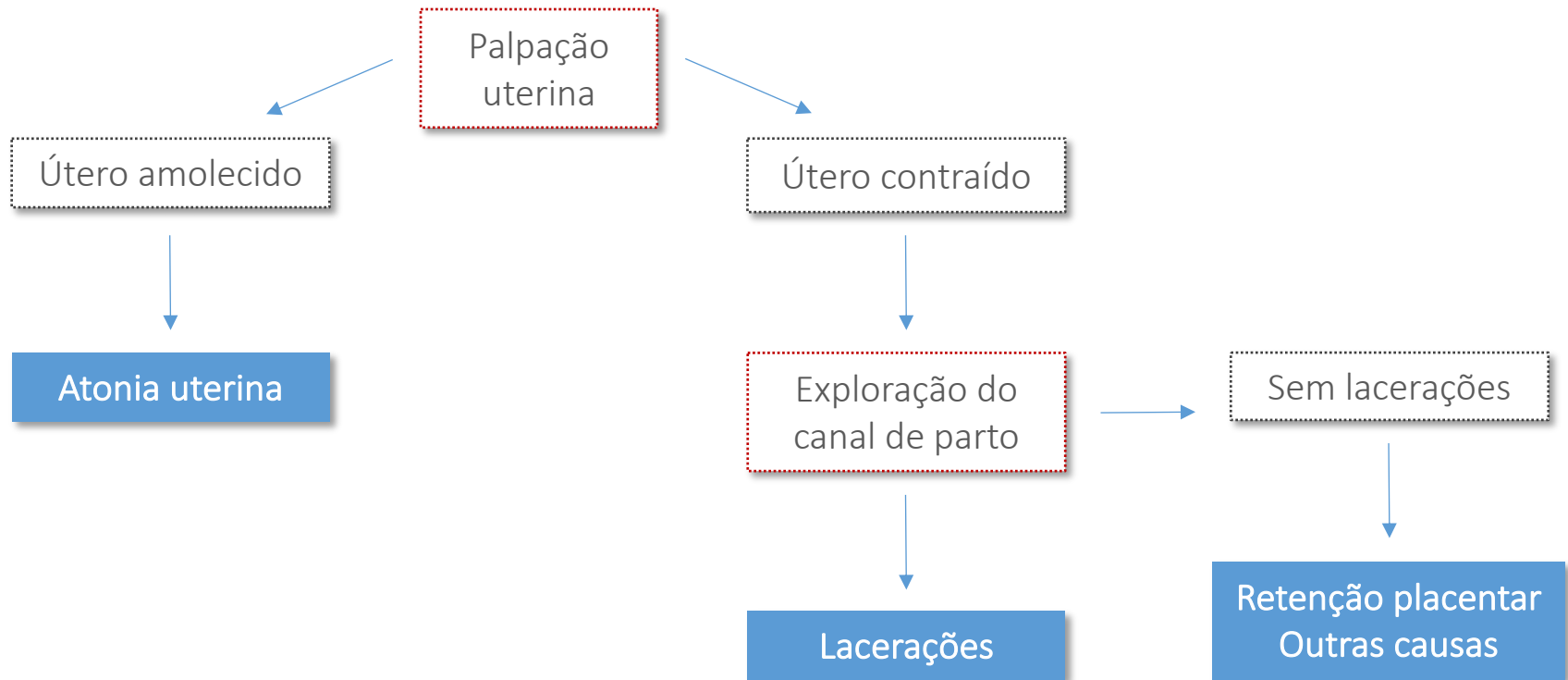
Estimar corretamente as perdas





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

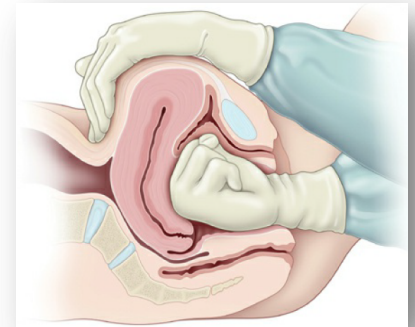
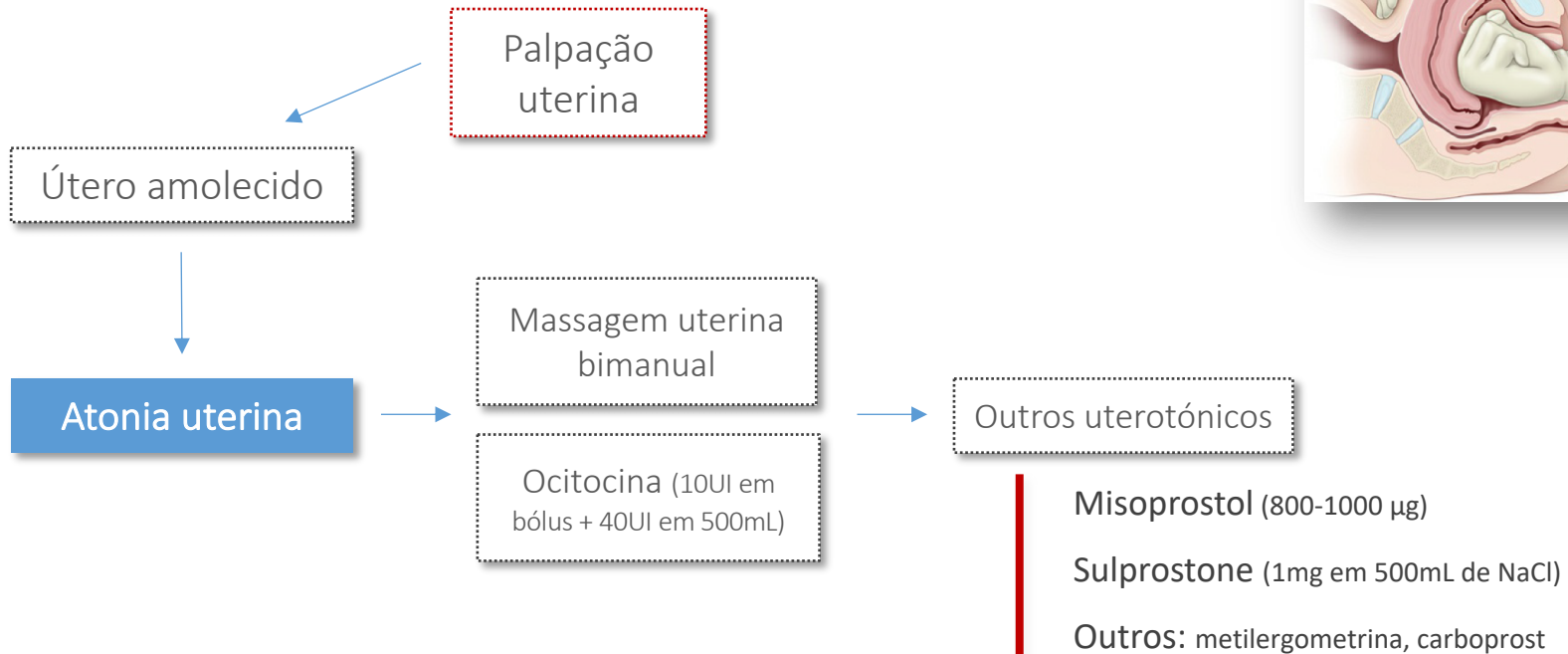
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

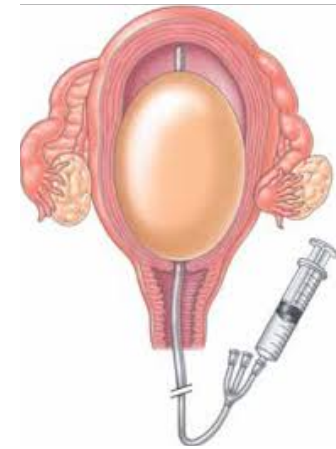
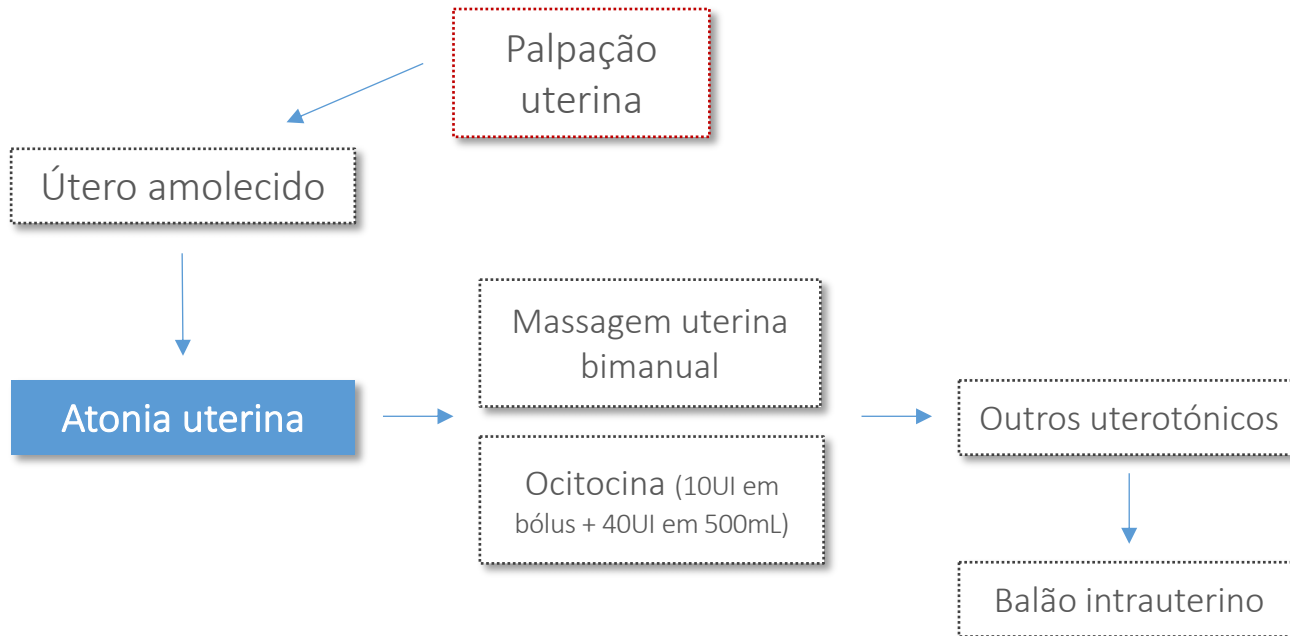
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

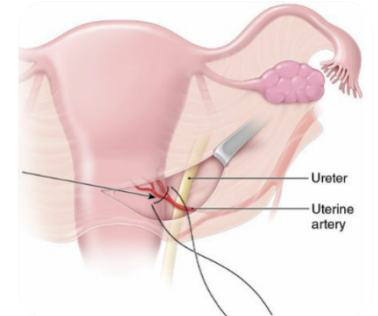
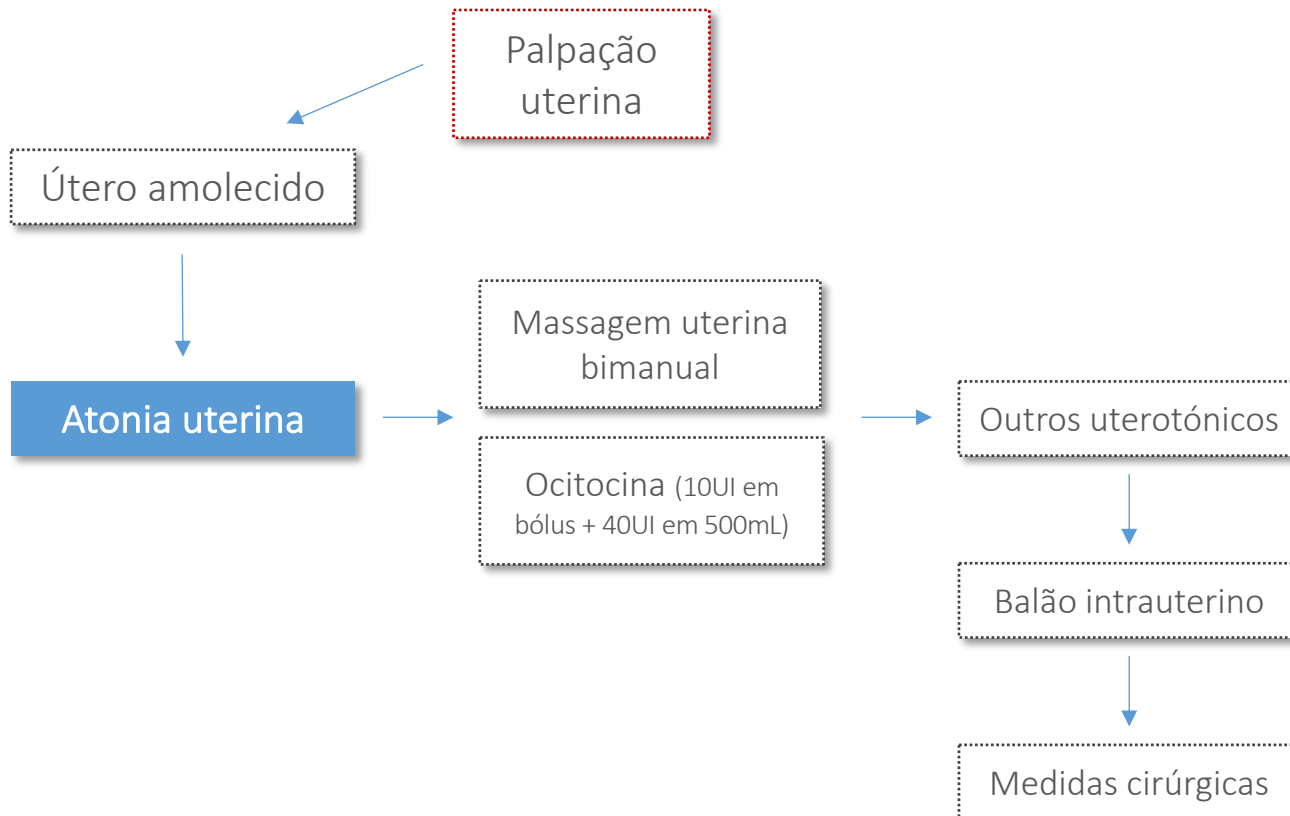
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

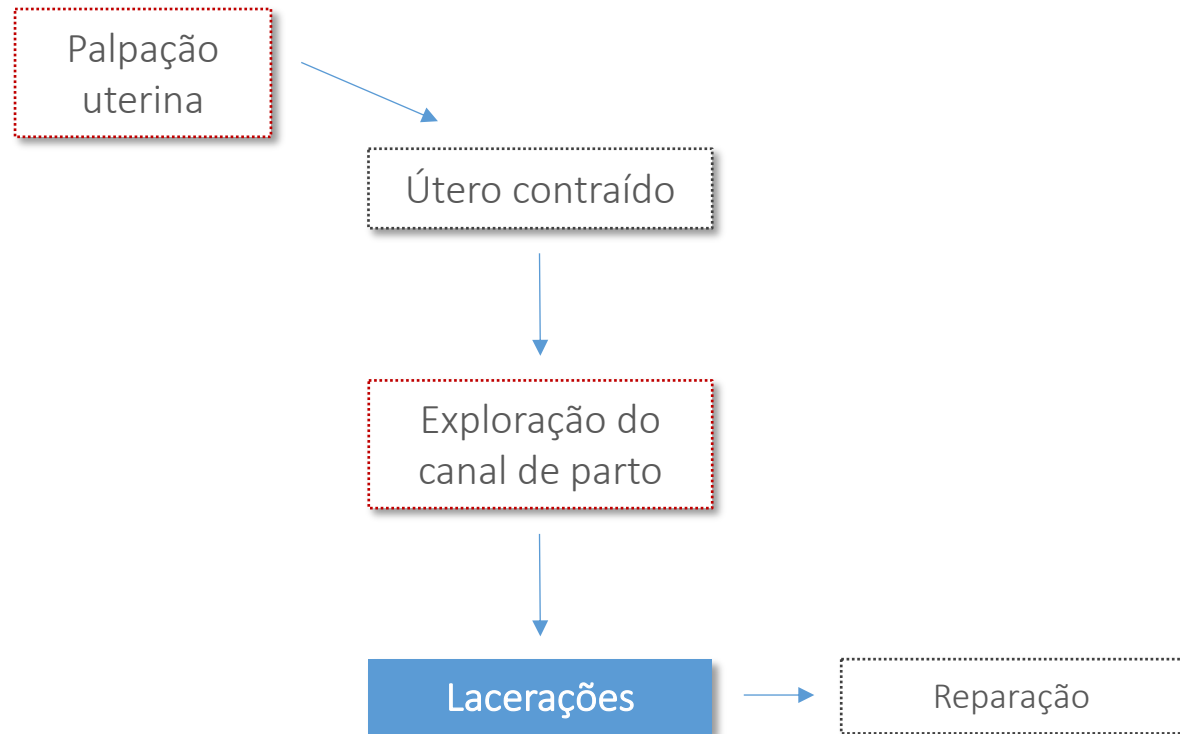
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

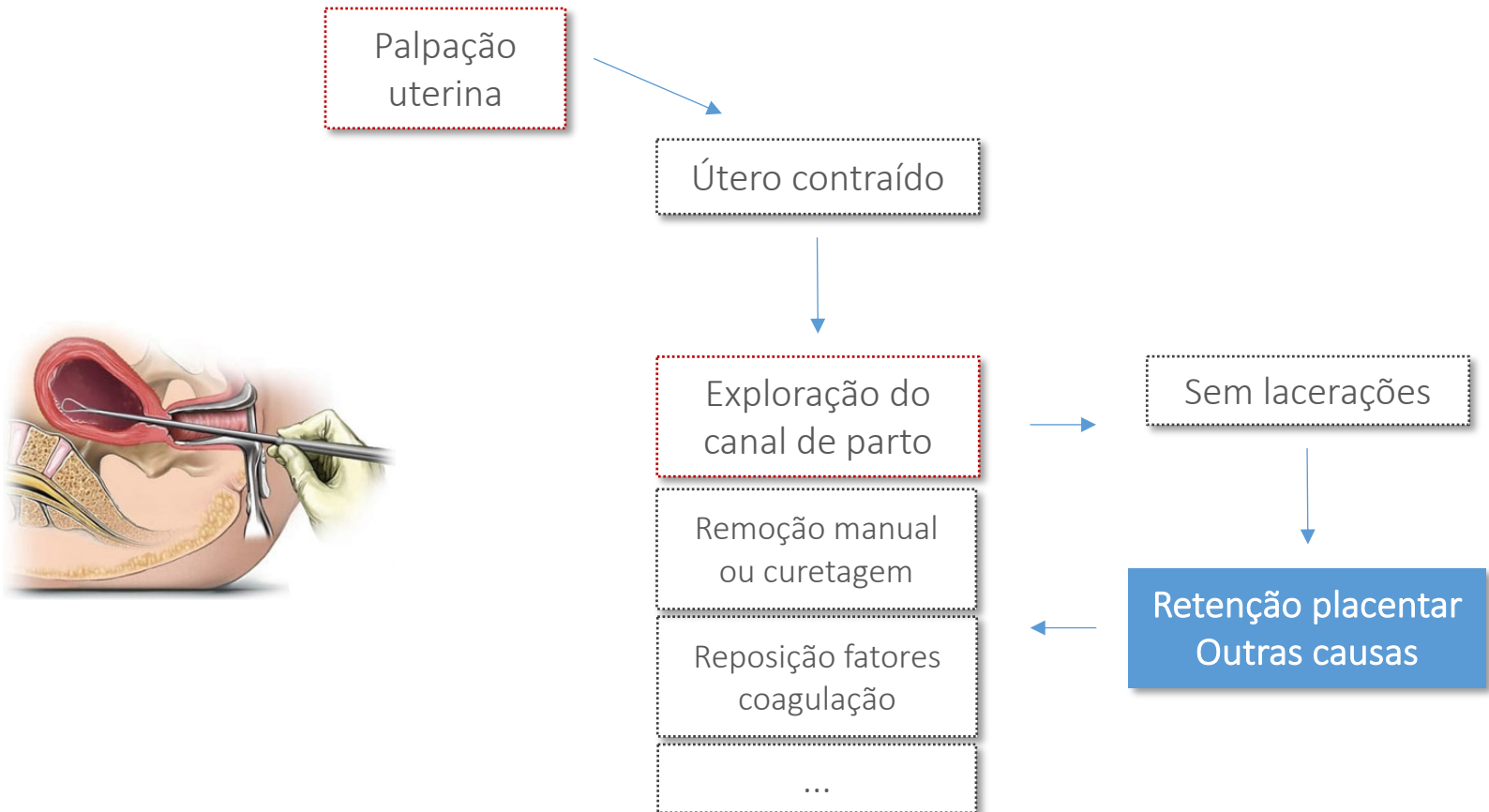
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

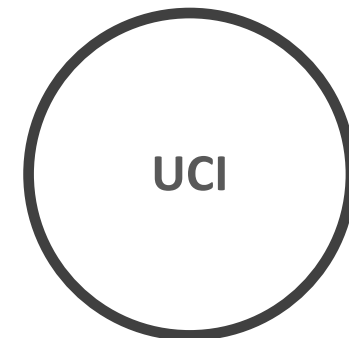
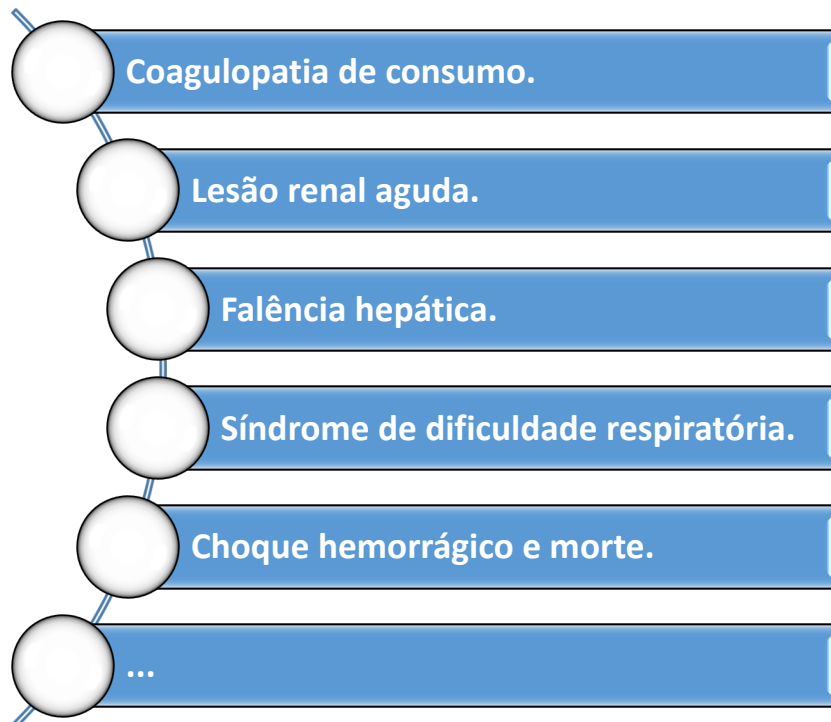
- Abordagem terapêutica – investigação etiológica:





REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

- **Complicações:**





Hemorragia Pós-Parto



**EXPERIÊNCIA
DO SERVIÇO**



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

- **Critérios de inclusão:**
 - Descrição de **perdas hemáticas aumentadas**.
 - Descrição de **sinais e sintomas de anemia aguda** ou **hipovolémia** associadas a diminuição no valor de Hb.
 - Diminuição no valor de **Hb >4g/dL** sem outra causa aparente.
- **Métodos:**
 - Análise estatística: **SPSS 24**.
 - Variáveis categóricas: número e porcentagem.
 - Variáveis contínuas: média \pm DP se distribuição normal e mediana \pm IQR se distribuição não normal.
 - Comparação de variáveis categóricas com **teste Qui2**.
 - Comparação de variáveis catergóricas com variáveis contínuas com **T-test** e **Mann-Whitney**.



Hemorragia Pós-Parto

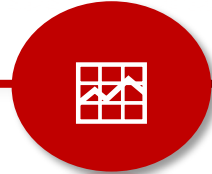


EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

Período de estudo: 2014-2018

- Nº total de partos: **13 405**.
- Nº de casos de HPP: **393**.

Prevalência
2.93%



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

Total
(n=393)

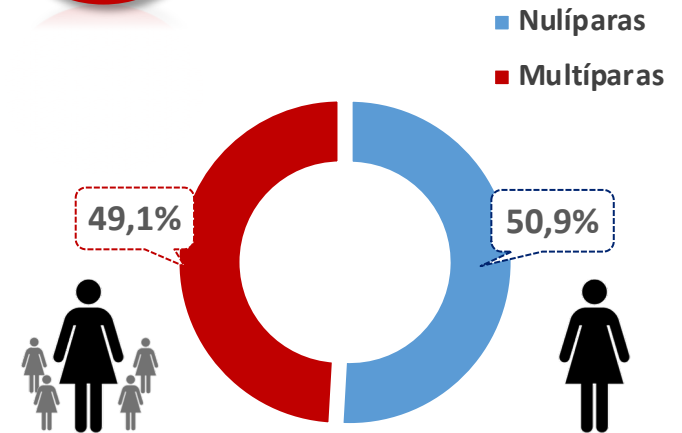
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)





EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

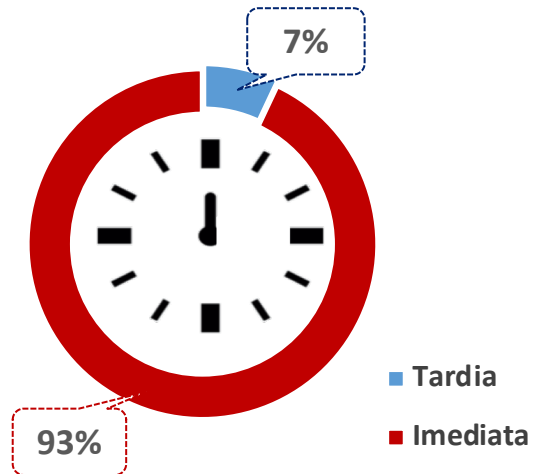
	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)





EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)





EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)

Atonia

Placenta

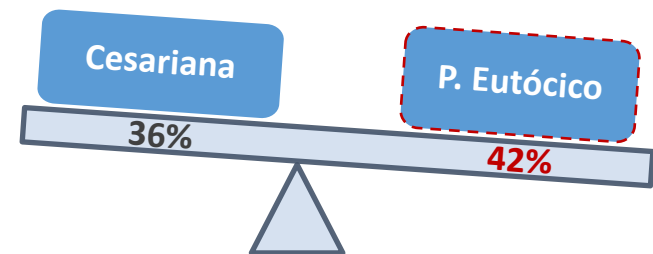
Trauma

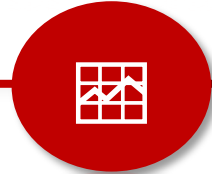
D.
Coagulação



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)





EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)



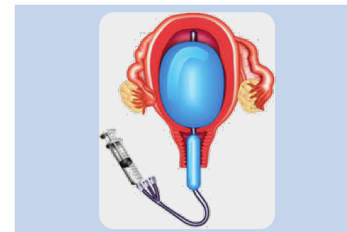
Femostop®



Histerectomia



Suturas uterinas

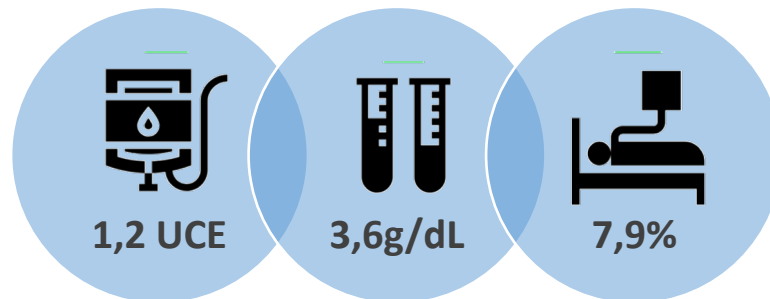


Balão de Bakri®



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

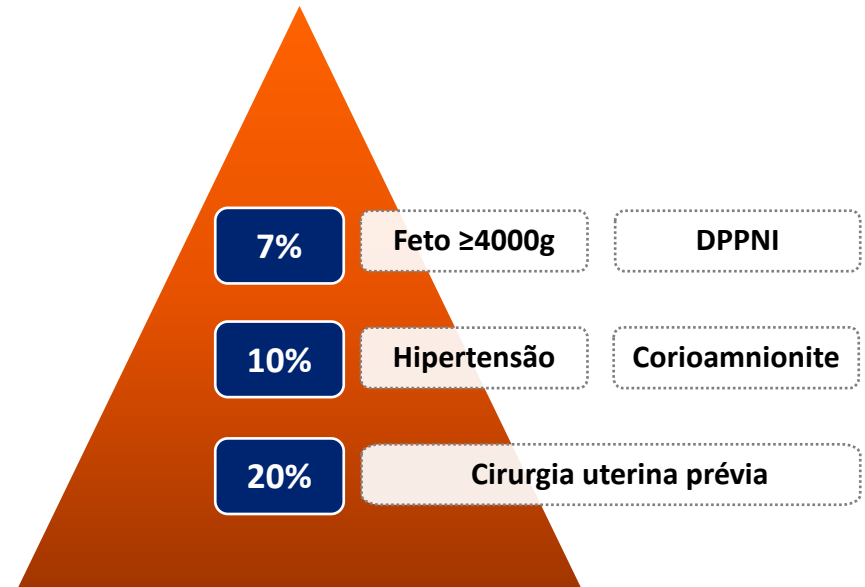
	Total (n=393)
Idade materna (anos) - média ± DP	29±6.6
Nº partos anteriores - n (%)	
0	200 (50.9)
1 a 3	181 (46.1)
4 a 8	11 (2.8)
>8	1 (0.3)
Tipo de HPP* - n (%)	
Imediata	356 (93.0)
Tardia	27 (7.0)
Causa da HPP* - n (%)	
Atonia	113 (43.6)
Placenta	100 (38.6)
Acretismo	12 (4.6)
Trauma	79 (30.5)
Coagulopatia	5 (1.9)
Tipo de parto - n (%)	
Eutócico	165 (42.0)
Ventosa	72 (18.3)
Fórceps	14 (3.6)
Cesariana	142 (36.1)
Tipo de tratamento utilizado - n (%)	
Balão de Bakri	10 (2.5)
FemoStop®	24 (6.1)
Suturas uterinas compressivas	7 (1.8)
Histerectomia	11 (2.8)
UCE - média ± DP	1.2±1.8
Diminuição Hb - mediana ± IQR	3.6±2.1
UCI* - n (%)	31 (7.9)





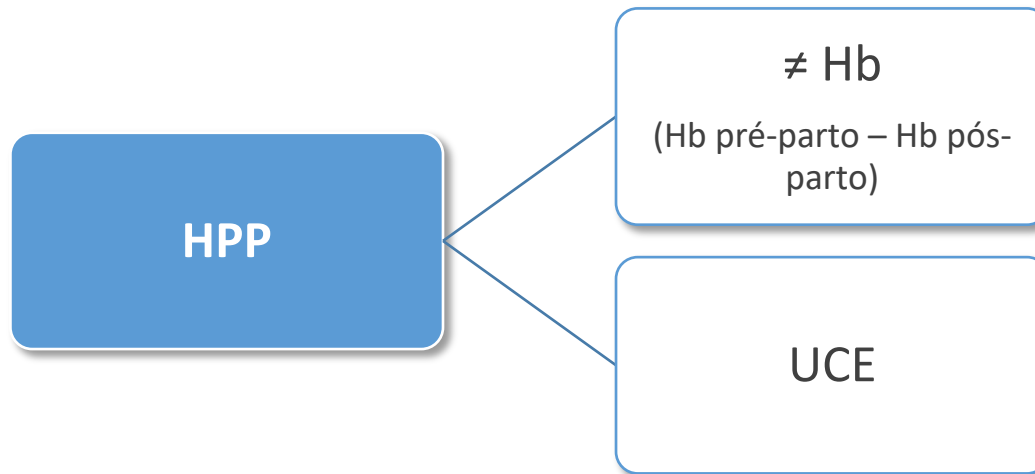
EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

	Total (n=393)
→ Cirurgia uterina prévia* - n (%)	79 (20.3)
Gravidez gemelar - n (%)	17 (4.3)
→ Hipertensão* - n (%)	42 (10.7)
Placenta prévia - n (%)	10 (2.5)
Acretismo* - n (%)	17 (4.3)
	Não percretas
	15 (88.2)
	Percretas
	2 (11.8)
→ > 4000g* - n (%)	28 (7.2)
Hidrâmnios* - n (%)	19 (5.1)
→ DPPNI - n (%)	28 (7.1)
Sulfato de Mg* - n (%)	16 (4.1)
Coagulopatia prévia* - n (%)	3 (0.8)
Anticoagulação* - n (%)	8 (2.0)
Tocólise* - n (%)	6 (1.5)
Miomas* - n (%)	11 (2.8)
→ Corioamnionite* - n (%)	40 (10.2)



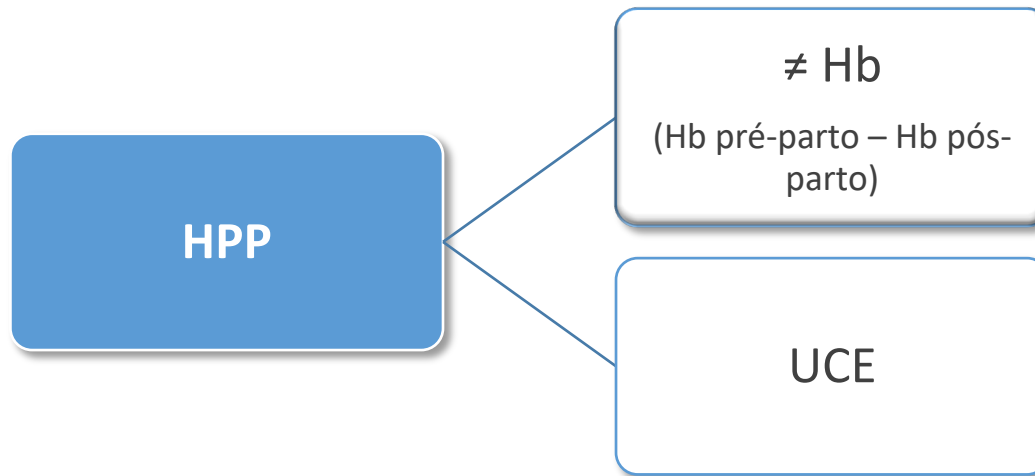


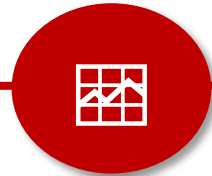
EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



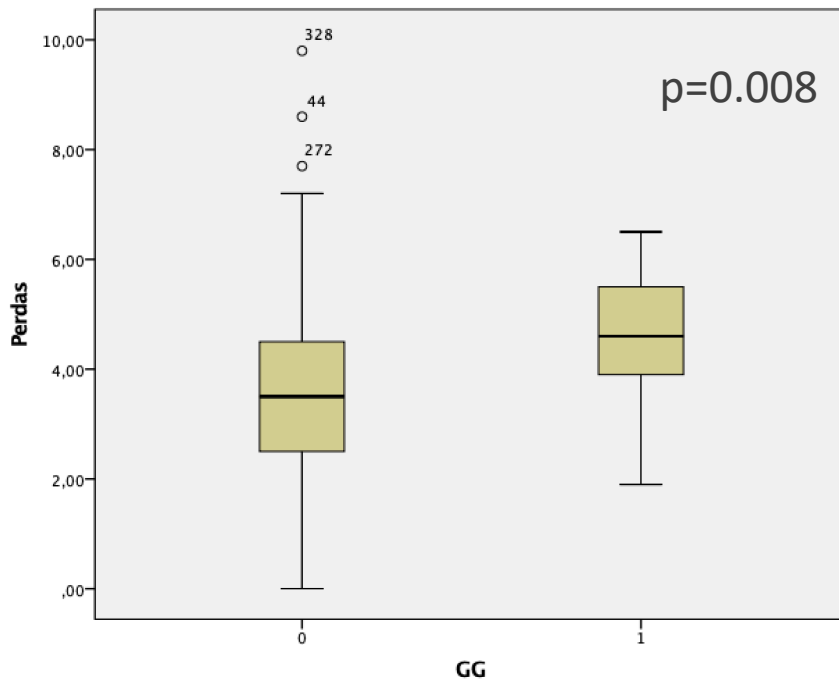


EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO





EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

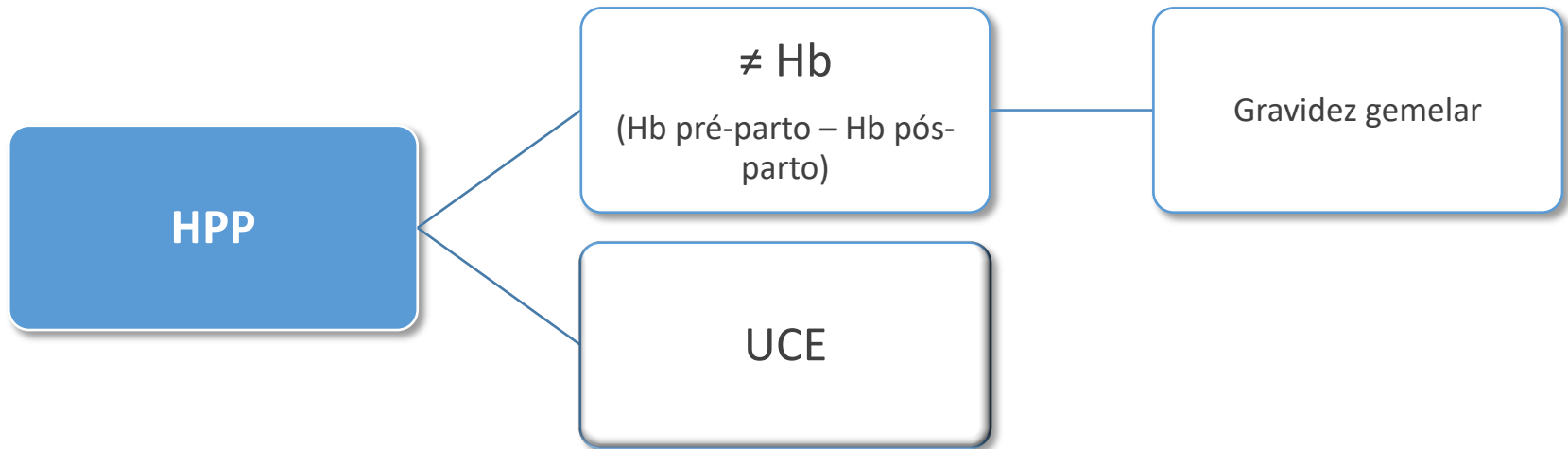


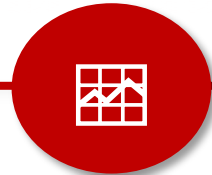
GG			
Perdas	0	Média	3.6
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior
			Limite superior
		5% da média aparada	3,5307
		Mediana	3,5000
		Variância	2,600
		Desvio Padrão	1,61230
Mínimo	,00		
Máximo			
1	1	Média	4.5
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior
			Limite superior
		5% da média aparada	
		Mediana	4,6000
		Variância	1,745
		Desvio Padrão	1,32111
Mínimo	1,90		
Máximo	6,50		

A gravidez gemelar associou-se de forma estatisticamente significativa a uma maior diferença no valor de Hb pré e pós-parto.

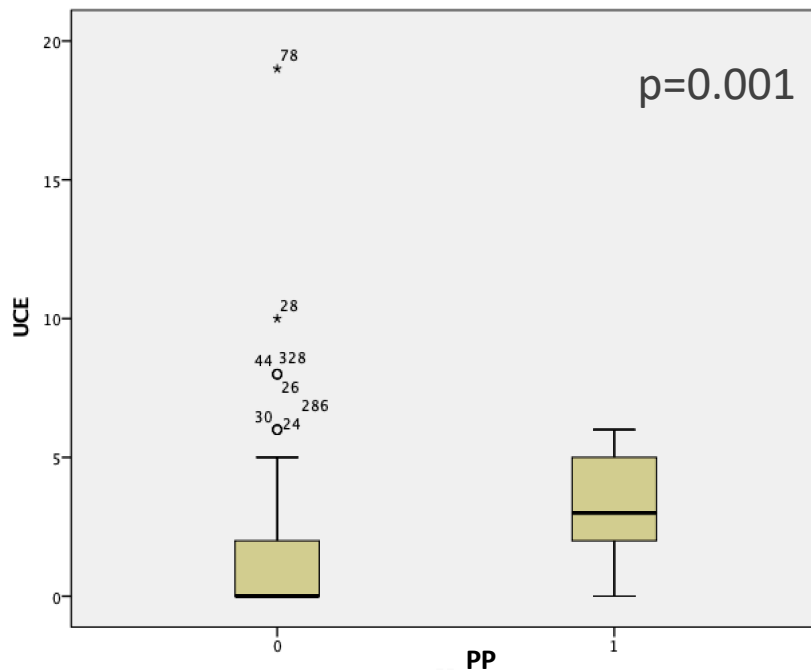


EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



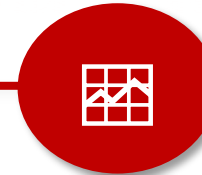


EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

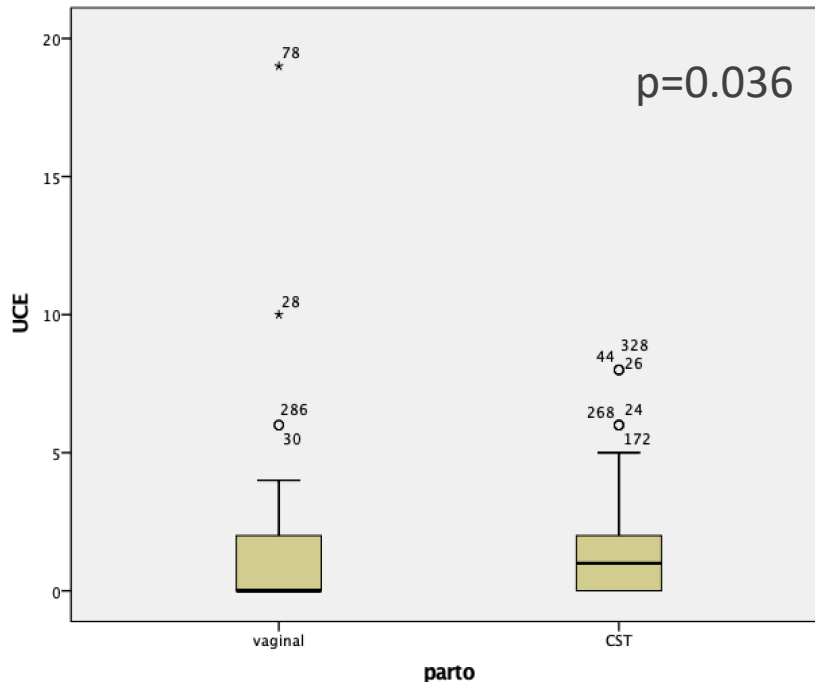


PP			
UCE 0	Média		1.1
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	
		Limite superior	
	5% da média aparada		,89
	Mediana		,00
	Variância		3,026
	Desvio Padrão		1,740
Mínimo		0	
Máximo		6	
UCE 1	Média		3.3
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	
		Limite superior	
	5% da média aparada		3,37
	Mediana		3,00
	Variância		4,500
	Desvio Padrão		2,121
Mínimo		0	
Máximo		6	

A placenta prévia e parto por CST associaram-se de forma estatisticamente significativa a um maior número de UCE administradas.



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



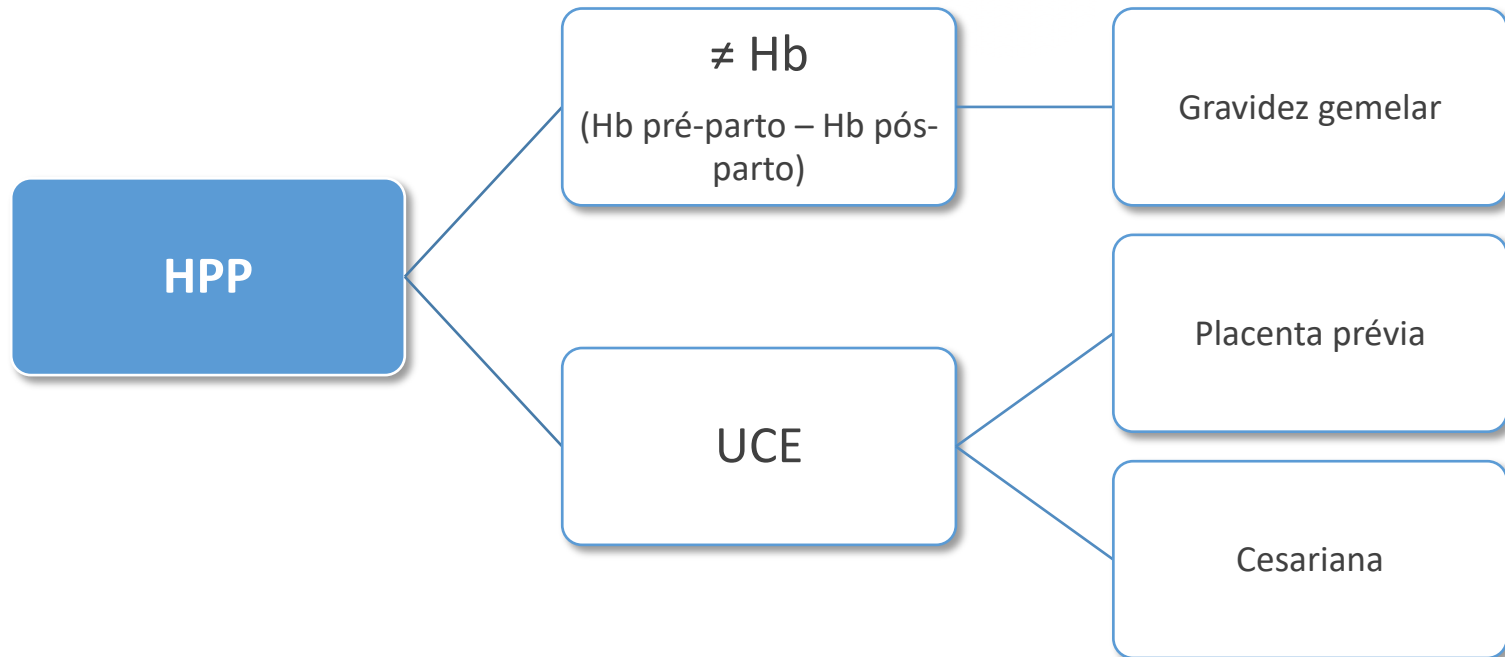
parto		Estatística	
UCE	vaginal	Média	1,02
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	,80
		Limite superior	1,23
	5% da média aparada	,81	
	Mediana	,00	
	Variância	2,980	
	Desvio Padrão	1,726	
Mínimo	0		
Máximo	19		

CST	Média	1,43	
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	1,13
		Limite superior	1,74
	5% da média aparada	1,22	
	Mediana	1,00	
	Variância	3,342	
	Desvio Padrão	1,828	
Mínimo	0		
Máximo	8		

A placenta prévia e parto por CST associaram-se de forma estatisticamente significativa a um maior número de UCE administradas.



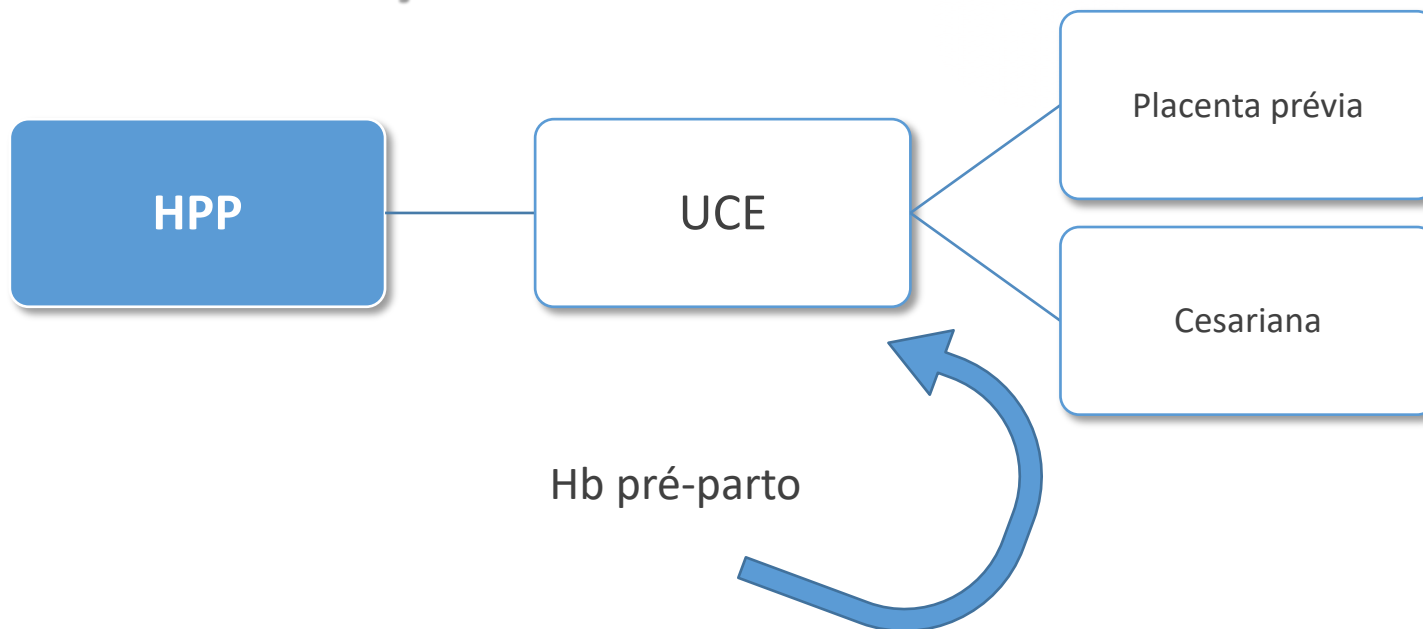
EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



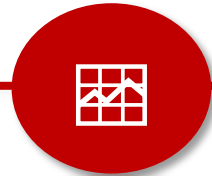
Na nossa série, nenhum dos outros fatores de risco testados se associou de forma significativa a uma maior quantidade de perdas hemáticas.



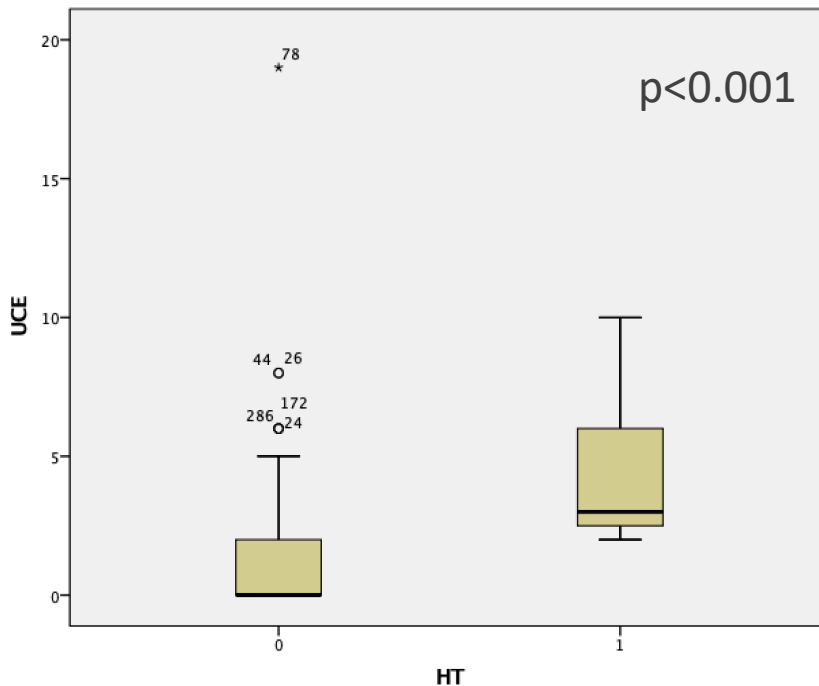
EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



A associação entre o nº de UCE e placenta prévia e parto por CST manteve-se significativa mesmo ajustando para o valor de Hb pré-parto.

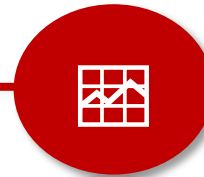


EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

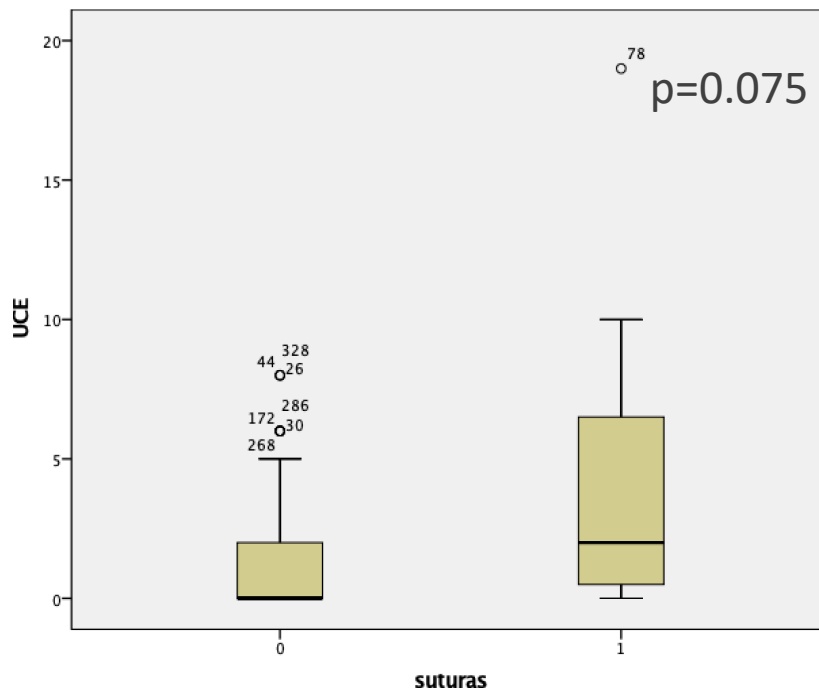


HT			
UCE	0	Média	1.1
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior
			Limite superior
		5% da média aparada	
		Mediana	,00
		Variância	2,713
		Desvio Padrão	1,647
Mínimo	0		
Máximo			
UCE	1	Média	4.5
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior
			Limite superior
		5% da média aparada	4,28
		Mediana	3,00
		Variância	7,273
		Desvio Padrão	2,697
Mínimo	2		
Máximo	10		

As puérperas que foram submetidas a histerectomia pós-parto necessitaram de um maior suporte transfusional.



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO



suturas		Estatística		
UCE	0	Média	1,09	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	,95
			Limite superior	1,24
		5% da média aparada	,92	
		Mediana	,00	
		Variância	2,133	
		Desvio Padrão	1,461	
		Mínimo	0	
Máximo	8			
	1	Média	5,00	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	-1,54
			Limite superior	11,54
		5% da média aparada	4,50	
		Mediana	2,00	
		Variância	50,000	
		Desvio Padrão	7,071	
		Mínimo	0	
Máximo	19			

As puérperas que foram submetidas a suturas uterinas compressivas não necessitaram de um maior suporte transfusional.



Hemorragia Pós-Parto



EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

Os fatores mais associados a necessidade de internamento na UCI foram:

- Placenta prévia ($p=0.05$).
- Idade materna avançada ($p=0.06$).
- Parto por CST ($p<0.01$).
- Necessidade de maior quantidade de UCE ($p<0.01$).
- Necessidade de tratamento com suturas uterinas compressivas ($p=0.01$).
- Necessidade de histerectomia pós-parto ($p<0.01$).

Dos **393** casos existiu **1 morte** materna.

Hemorragia Pós-Parto



CONCLUSÃO



Hemorragia Pós-Parto



CONCLUSÃO

- A HPP é uma **emergência** obstétrica.
- É frequentemente súbita e **imprevisível**.
- A vigilância e prevenção deverá ser feita em **todas** as mulheres.
- A **identificação precoce** do quadro pode ser *life-saving*.
- É fundamental uma abordagem **multidisciplinar**.



Hemorragia Pós-Parto



CONCLUSÃO

- Na nossa série:

HPP de maior gravidade: placenta prévia, gravidez gemelar e parto por cesariana.

Maior necessidade de UCE -> **histerectomia** pós-parto.

Fatores preditivos de UCI: placenta prévia, idade materna avançada, cesariana, tratamento com suturas uterinas compressivas ou histerectomia.

Margarida Meira de Carvalho | Marta Luísa Rodrigues

Internas do 1º e 3º ano de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia

margarida.m.carvalho@hff-min-saúde.pt

marta.l.rodrigues@hff.min-saúde.pt

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

