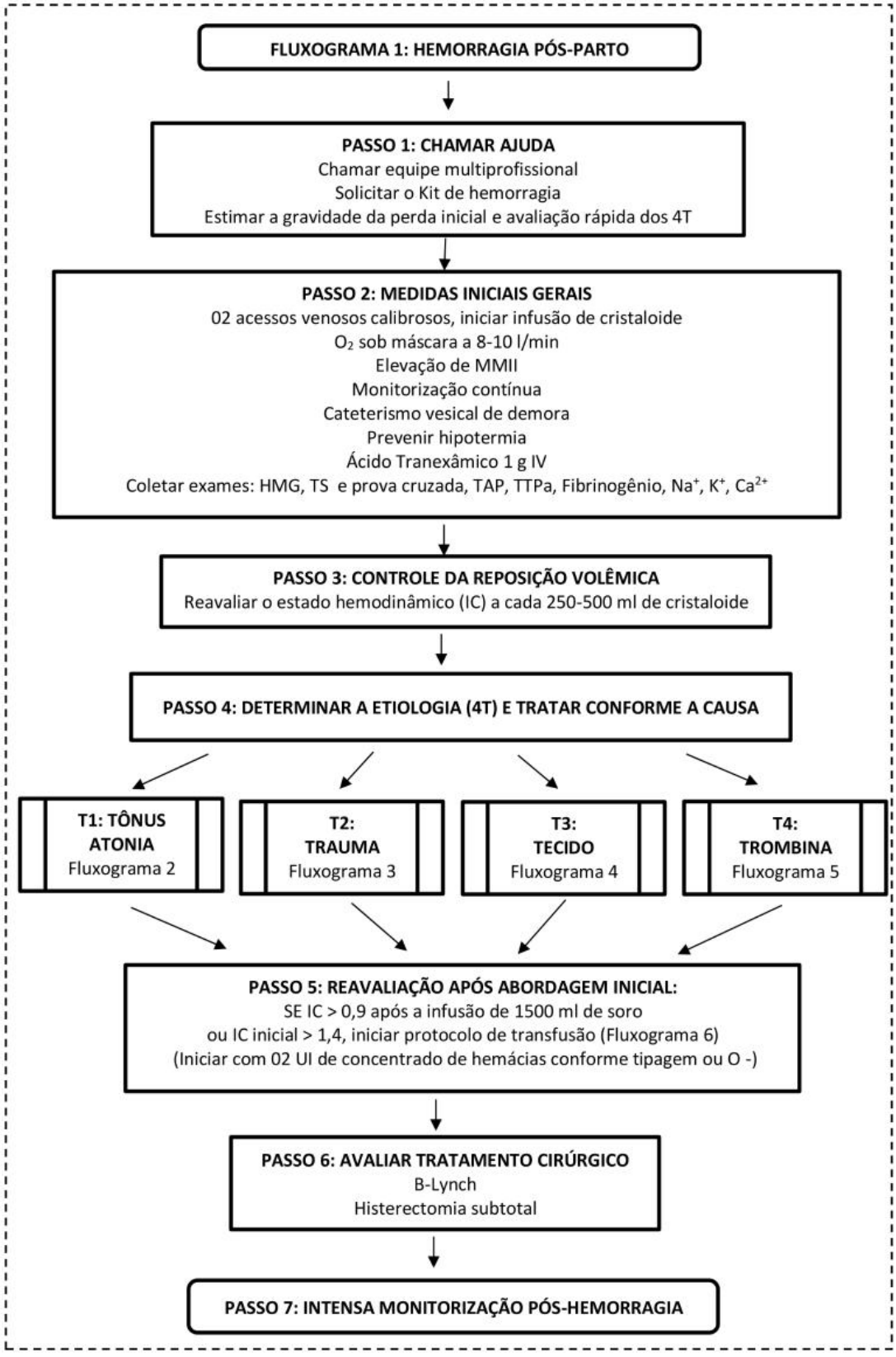
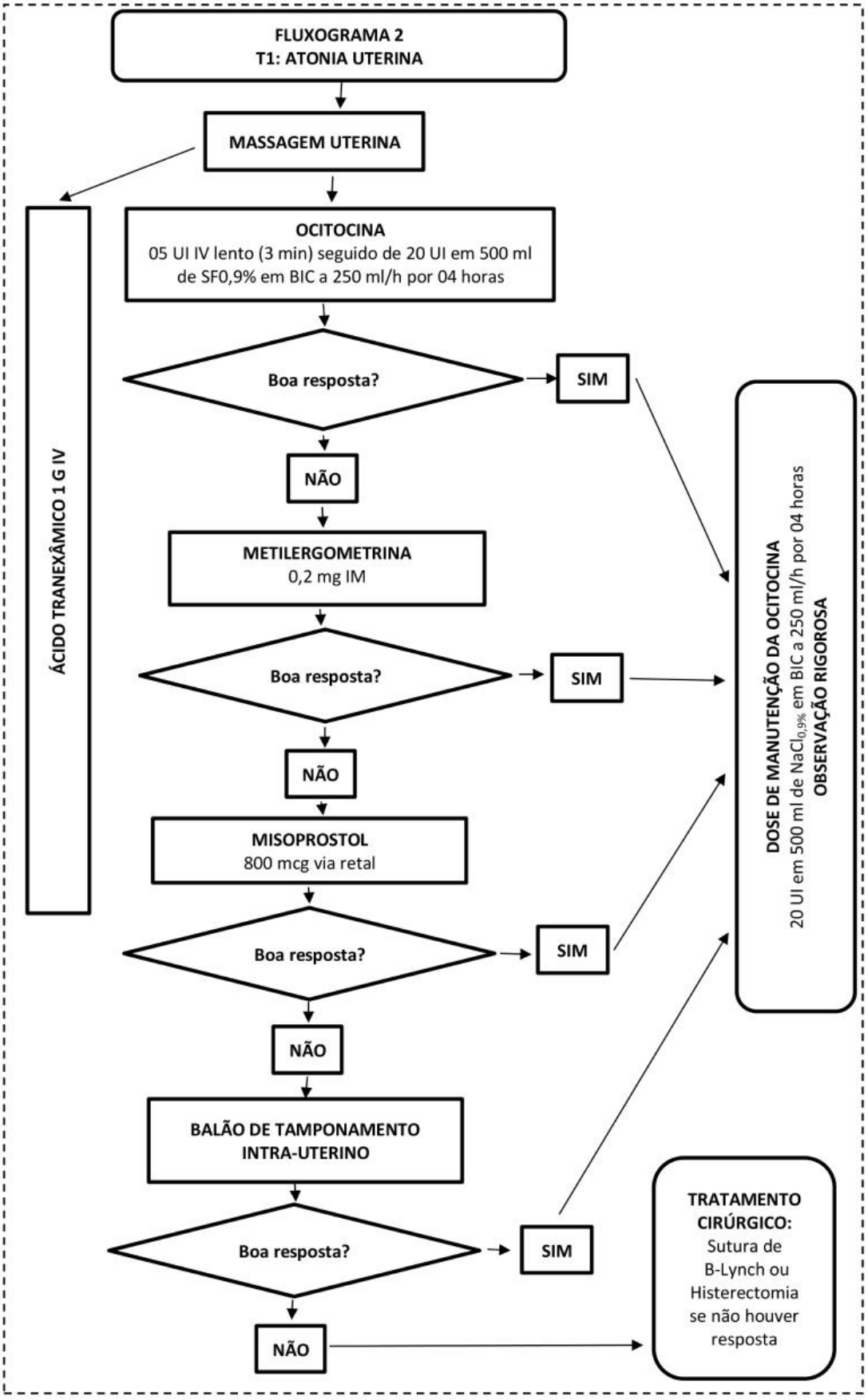
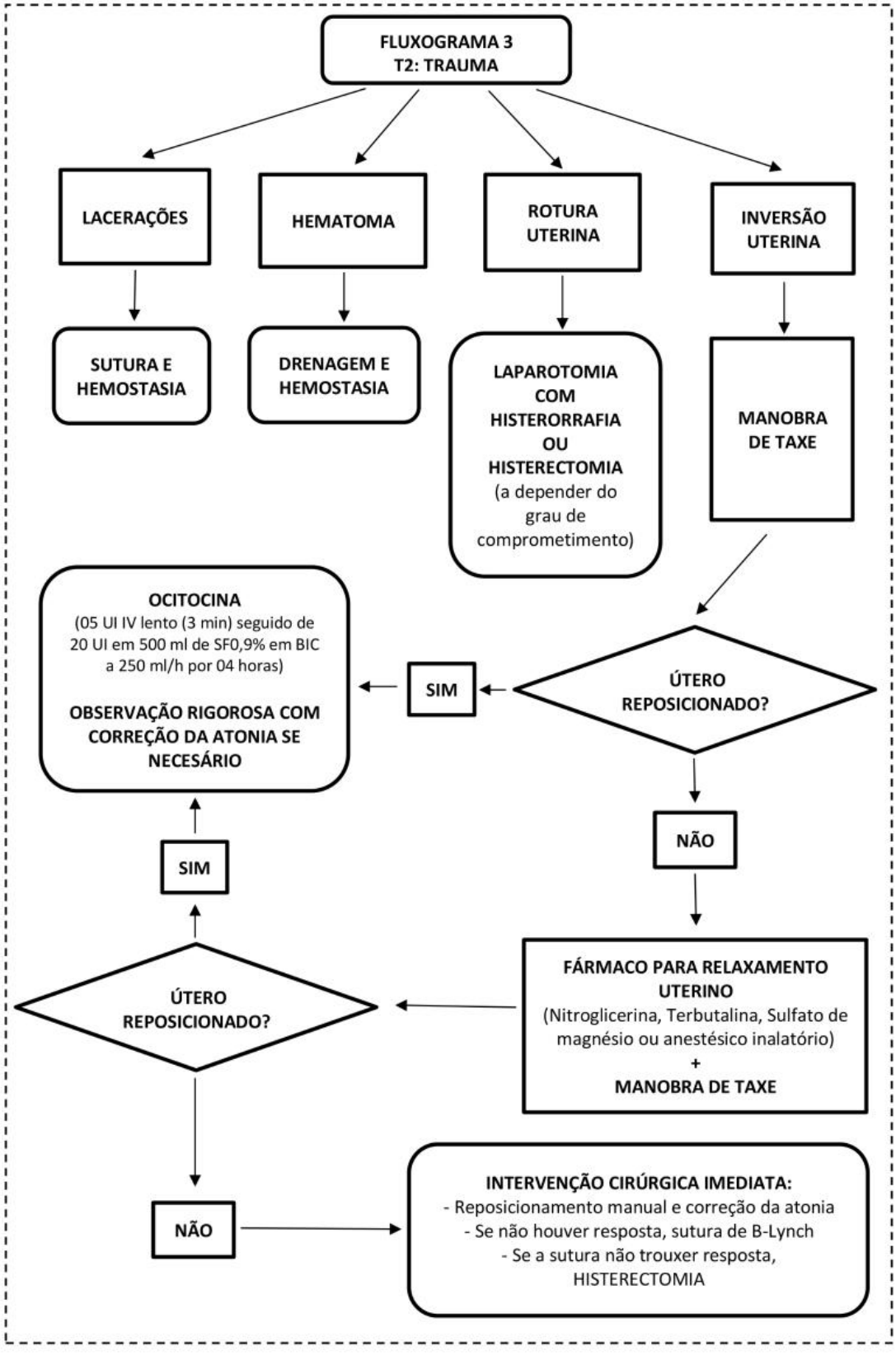
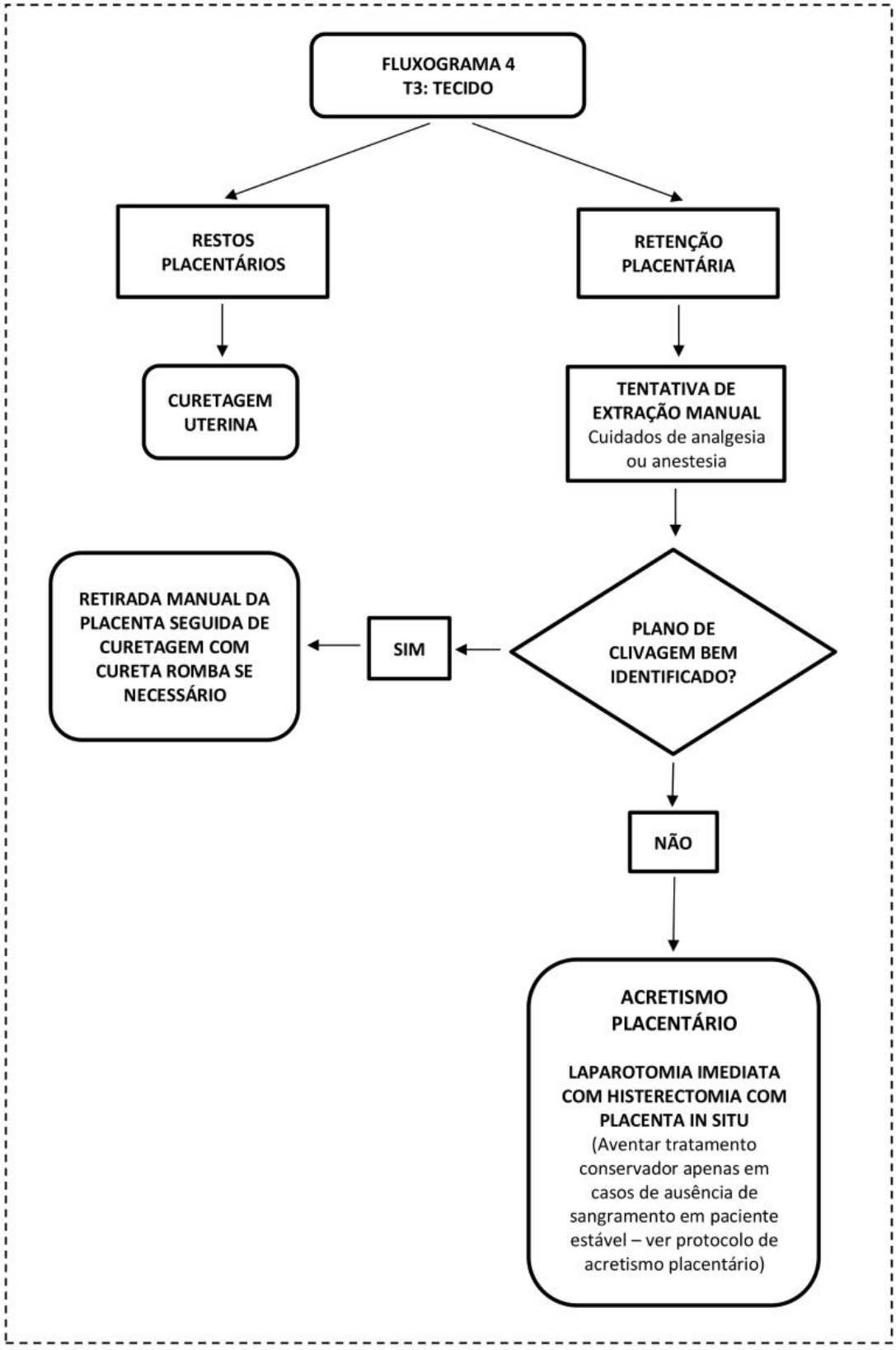

FLUXOGRAMA 1: HEMORRAGIA PÓS-PARTO
PASSO 1: CHAMAR AJUDA
Chamar equipe multiprofissional
Solicitar o Kit de hemorragia
Estimar a gravidade da perda inicial e avaliação rápida dos 4T
PASSO 2: MEDIDAS INICIAIS GERAIS
02 acessos venosos calibrosos, iniciar infusão de cristaloide
O_2 sob máscara a 8-10 l/min
Elevação de MMII
Monitorização contínua
Cateterismo vesical de demora
Prevenir hipotermia
Ácido Tranexâmico 1 g IV
Coletar exames: HMG, TS e prova cruzada, TAP, TTPa, Fibrinogênio, Na^+, K^+, Ca^{2+}
PASSO 3: CONTROLE DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA
Reavaliar o estado hemodinâmico (IC) a cada 250-500 ml de cristaloide
PASSO 4: DETERMINAR A ETIOLOGIA (4T) E TRATAR CONFORME A CAUSA
T1: TÔNUS ATONIA
Fluxograma 2
T2: TRAUMA
Fluxograma 3
T3: TECIDO
Fluxograma 4
T4: TROMBINA
Fluxograma 5
PASSO 5: REAVALIAÇÃO APÓS ABORDAGEM INICIAL:
SE IC > 0,9 após a infusão de 1500 ml de soro
ou IC inicial > 1,4, iniciar protocolo de transfusão (Fluxograma 6)
(Iniciar com 02 UI de concentrado de hemácias conforme tipagem ou O -)
PASSO 6: AVALIAR TRATAMENTO CIRÚRGICO
B-Lynch
Histerectomia subtotal
PASSO 7: INTENSA MONITORIZAÇÃO PÓS-HEMORRAGIA

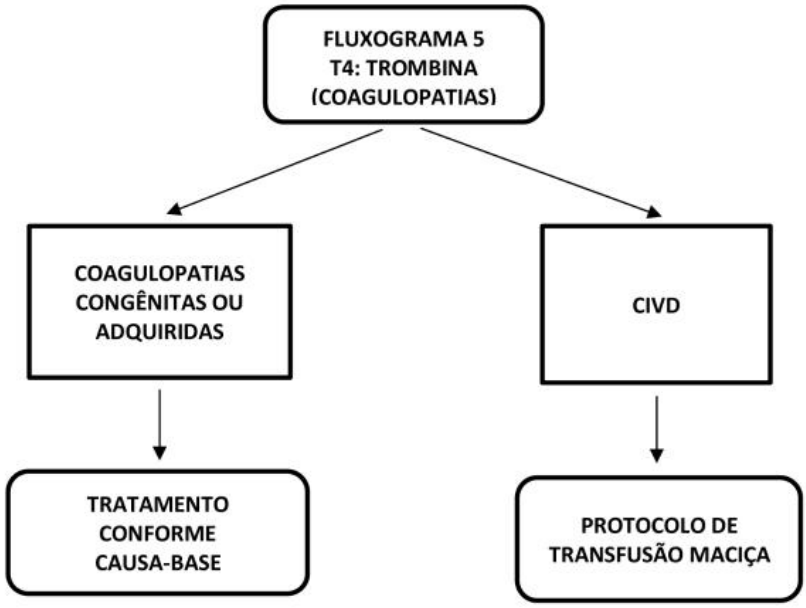
Fluxograma

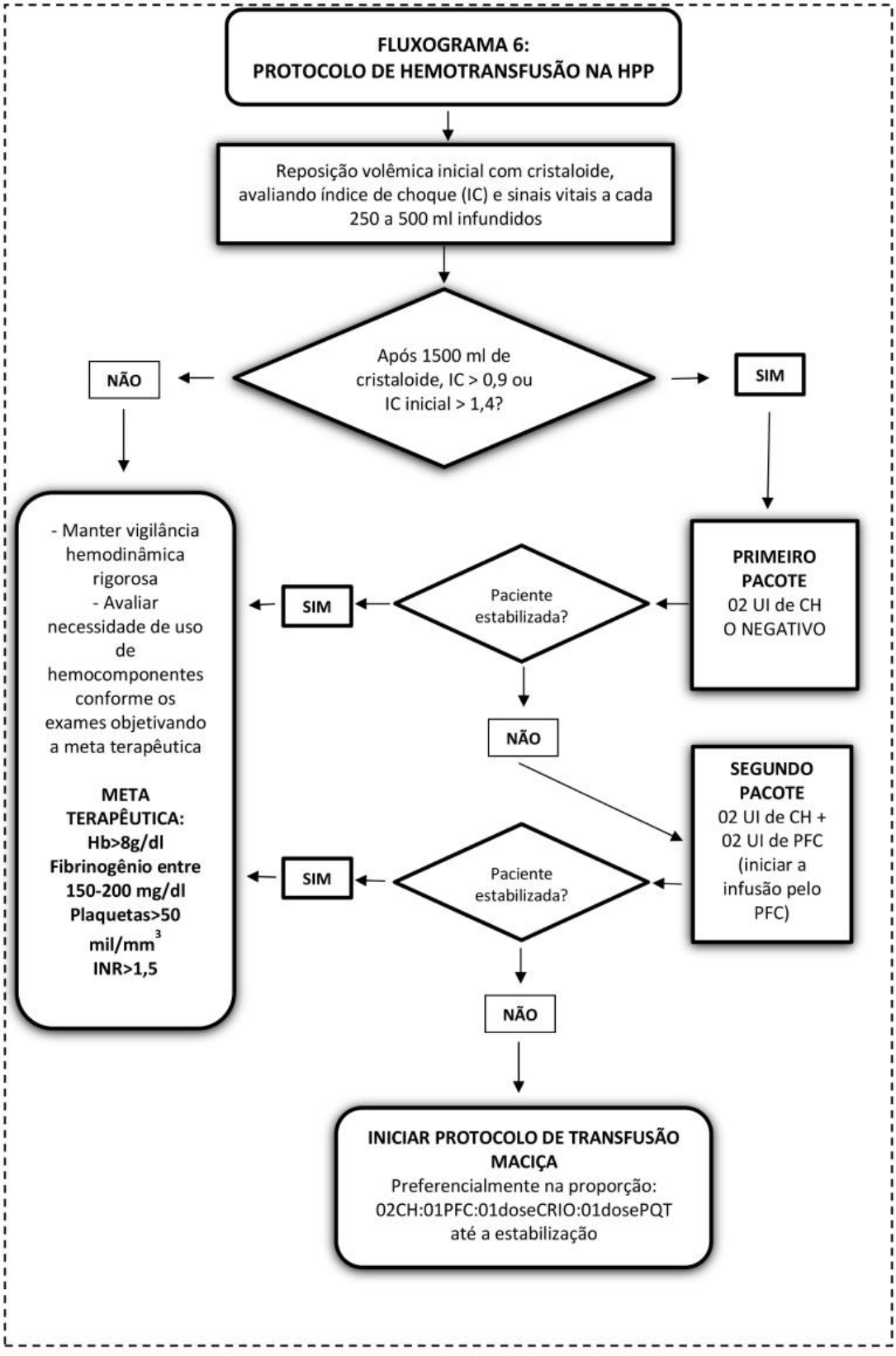

FLUXOGRAMA 2
T1: ATONIA UTERINA
MASSAGEM UTERINA
ÁCIDO TRANEXÂMICO 1 G IV
OCITOCINA
05 UI IV lento (3 min) seguido de 20 UI em 500 ml de SF0,9% em BIC a 250 ml/h por 04 horas
Boa resposta?
SIM
NÃO
METILERGOMETRINA
0,2 mg IM
Boa resposta?
SIM
NÃO
MISOPROSTOL
800 mcg via retal
Boa resposta?
SIM
NÃO
BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRA-UTERINO
Boa resposta?
SIM
NÃO
DOSE DE MANUTENÇÃO DA OCITOCINA
20 UI em 500 ml de NaCl0,9% em BIC a 250 ml/h por 04 horas
OBSERVAÇÃO RIGOROSA
TRATAMENTO CIRÚRGICO:
Sutura de B-Lynch ou Histerectomia se não houver resposta

Fluxograma


FLUXOGRAMA 3
T2: TRAUMA
LACERAÇÕES
HEMATOMA
ROTURA UTERINA
INVERSÃO UTERINA
SUTURA E HEMOSTASIA
DRENAGEM E HEMOSTASIA
LAPAROTOMIA COM HISTERORRAFIA OU HISTERECTOMIA (a depender do grau de comprometimento)
MANOBRA DE TAXE
ÚTERO REPOSICIONADO?
SIM
OCITOCINA
(05 UI IV lento (3 min) seguido de 20 UI em 500 ml de SF0,9% em BIC a 250 ml/h por 04 horas)
OBSERVAÇÃO RIGOROSA COM CORREÇÃO DA ATONIA SE NECESÁRIO
NÃO
FÁRMACO PARA RELAXAMENTO UTERINO
(Nitroglicerina, Terbutalina, Sulfato de magnésio ou anestésico inalatório)
+
MANOBRA DE TAXE
ÚTERO REPOSICIONADO?
SIM
NÃO
INTERVENÇÃO CIRÚRGICA IMEDIATA:
- Reposicionamento manual e correção da atonia
- Se não houver resposta, sutura de B-Lynch
- Se a sutura não trouxer resposta, HISTERECTOMIA


FLUXOGRAMA 4
T3: TECIDO
RESTOS PLACENTÁRIOS
RETENÇÃO PLACENTÁRIA
CURETAGEM UTERINA
TENTATIVA DE EXTRAÇÃO MANUAL
Cuidados de analgesia ou anestesia
RETIRADA MANUAL DA PLACENTA SEGUIDA DE CURETAGEM COM CURETA ROMBA SE NECESSÁRIO
SIM
PLANO DE CLIVAGEM BEM IDENTIFICADO?
NÃO
ACRETISMO PLACENTÁRIO
LAPAROTOMIA IMEDIATA COM HISTERECTOMIA COM PLACENTA IN SITU
(Aventar tratamento conservador apenas em casos de ausência de sangramento em paciente estável – ver protocolo de acretismo placentário)


FLUXOGRAMA 5
T4: TROMBINA
(COAGULOPATIAS)
COAGULOPATIAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS
CIVD
TRATAMENTO CONFORME CAUSA-BASE
PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA


FLUXOGRAMA 6:
PROTOCOLO DE HEMOTRANSFUSÃO NA HPP
Reposição volêmica inicial com cristaloide, avaliando índice de choque (IC) e sinais vitais a cada 250 a 500 ml infundidos
Após 1500 ml de cristaloide, IC > 0,9 ou IC inicial > 1,4?
NÃO
SIM
- Manter vigilância hemodinâmica rigorosa
- Avaliar necessidade de uso de hemocomponentes conforme os exames objetivando a meta terapêutica
META TERAPÊUTICA:
Hb>8g/dl
Fibrinogênio entre 150-200 mg/dl
Plaquetas>50 mil/mm3
INR>1,5
PRIMEIRO PACOTE
02 UI de CH O NEGATIVO
Paciente estabilizada?
SIM
NÃO
SEGUNDO PACOTE
02 UI de CH + 02 UI de PFC (iniciar a infusão pelo PFC)
Paciente estabilizada?
SIM
NÃO
INICIAR PROTOCOLO DE TRANSFUSÃO MACIÇA
Preferencialmente na proporção:
02CH:01PFC:01doseCRIO:01dosePQT
até a estabilização