



MED-REVIEW



# HEMORRAGIA PÓS-PARTO

*HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP) E  
EMERGÊNCIAS DO PUERPÉRIO*

**Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.**

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



### **Nossa metodologia une:**



**Didática Absurda**



**Estudo Ativo & Repetição Espaçada**



**Neurociência**

**Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.**



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

**Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.**

**E agora, você também pode dar o próximo passo.**



**MED-REVIEW**

# ESTÁ SEM TEMPO?

## O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Aqui está o seu mapa de prioridades absolutas da banca. Se você tem apenas alguns minutos antes da prova, memorize esta tabela para garantir os pontos principais sobre Hemorragia Pós-Parto (HPP).

| TEMA                         | O QUE A BANCA COBRA                                                           | CONDUTA / PADRÃO                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definição Clássica           | Critérios volumétricos (FIGO/OMS).                                            | Perda > 500 mL (vaginal) ou > 1.000 mL (cesárea) nas primeiras 24h, OU qualquer perda que gere instabilidade hemodinâmica.                                           |
| Causa Mais Comum             | Atonia Uterina (Tônus).                                                       | Responde por até 80% dos casos. Útero amolecido, mal contraído, por vezes acima da cicatriz umbilical, com sangramento profuso.                                      |
| Prevenção Universal          | O que fazer no 3º período de TODO parto.                                      | Ocitocina 10 UI Profilática IM após o nascimento. É a medida isolada mais importante.                                                                                |
| Pegadinha Clássica           | Paciente sangrando muito, mas o útero está firme (Globo de Pinard palpável).  | Pensar em Trauma (laceração de trajeto)!<br>Conduta imediata: revisão do canal de parto (sob anestesia) e rafia.                                                     |
| Erro Fatal em Prova          | Uso de uterotônicos em comorbidades.                                          | <b>NUNCA</b> faça Metilergometrina em pacientes com Pré-Eclâmpsia ou Hipertensão (risco de AVC/vasoespasma).                                                         |
| Inversão Uterina             | Paciente evolui com choque rápido, dor intensa e "fuga da matriz" à palpação. | 1ª linha: Manobra de Taxe (reposição manual).<br>2ª linha (se refratário): Cirurgia de Huntington.                                                                   |
| Escada Terapêutica da Atonia | Passo a passo que precisa dominar.                                            | 1. Massagem bimanual (Hamilton) + Ocitocina IV + Ácido Tranexâmico (Transamin).<br>2. Metilergometrina IM.<br>3. Misoprostol retal.<br>4. Balão de Bakri / Cirurgia. |
| Índice de Choque (IC)        | Fórmula e quando se preocupar.                                                | $FC \div PAS$ . Se $\geq 0,9$ , indica alerta e risco de hemotransfusão.                                                                                             |

# INTRODUÇÃO

## Contexto clínico

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a principal causa de mortalidade materna em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 25% dos óbitos maternos globais. O grande desafio clínico é que a deterioração pode ser extremamente rápida. Pensa comigo: o fluxo sanguíneo uterino no final da gestação é de impressionantes 500-750 mL por minuto. Isso significa que, se o útero não se contrair adequadamente após a saída da placenta, a paciente pode perder quase toda a sua volemia e entrar em choque irreversível em questão de minutos.



A definição clássica da OMS para HPP é a perda sanguínea superior ou igual a 500 ml após um parto vaginal ou superior ou igual a 1.000ml após uma cesariana ou nas primeiras 24h após o nascimento. Contudo, diretrizes modernas enfatizam que *qualquer* sangramento capaz de gerar instabilidade hemodinâmica (taquicardia, hipotensão, síncope, oligúria) já crava o diagnóstico, independentemente do volume absoluto. Na prática, a estimativa visual quase sempre subestima a perda sanguínea. Por isso, o uso de métodos objetivos, como campos coletores calibrados, é hoje fortemente recomendado para que a equipe não perca a “Golden Hour” obstétrica (a hora de ouro para reverter o quadro).



# DEFINIÇÕES

## Hemorragia Primária e Secundária

A classificação cronológica da Hemorragia Pós-Parto (HPP) é simples, mas fundamental para o raciocínio diagnóstico e terapêutico, sendo dividida em duas fases:

- **HPP Primária (ou Precoce):** É o sangramento excessivo que ocorre nas **primeiras 24 horas** após o parto (5-10% dos partos). É aqui que mora o perigo imediato! A esmagadora maioria dos casos (cerca de 80%) acontece nessa janela e a principal culpada é a Atonia Uterina.
- **HPP Secundária (ou Tardia):** É a hemorragia que ocorre no período **após 24 horas até 12 semanas** do pós-parto. A paciente muitas vezes já está em casa ou na enfermaria. As causas mudam de perfil: a banca vai te induzir a pensar em retenção de restos ovulares (Tecido), que pode levar à endometrite (infecção puerperal), ou à subinvolução do leito placentário e distúrbios hereditários de coagulação.

## Hemorragia Maciça

A **hemorragia pós-parto maciça ou grave** corresponde a um quadro de sangramento obstétrico de grande magnitude associado a risco imediato de choque hemorrágico e necessidade de suporte transfusional que ainda possui divergências em seus valores a depender da referência. Considera-se hemorragia maciça quando há perda sanguínea geralmente  **$\geq 1500$ -2000ml**, necessidade de **transfusão  $\geq 4$  unidades de concentrado de hemácias**, queda de  **$\geq 4$ g/dL na hemoglobina** ou que leve a **distúrbio de coagulação**, ou presença de **choque hemorrágico estabelecido**. Trata-se de uma emergência obstétrica que exige reconhecimento imediato e ativação de protocolo de hemorragia maciça.

Na suspeita de **hemorragia pós-parto maciça ou grave**, além das medidas imediatas de estabilização materna, devem ser solicitados exames laboratoriais de forma precoce para orientar a reposição volêmica e identificar coagulopatias associadas. Recomenda-se coleta de **hemograma completo, tipagem sanguínea e prova de compatibilidade, coagulograma (TP, TTPa), fibrinogênio plasmático** — marcador precoce de coagulopatia obstétrica — e **gasometria com lactato**, que auxilia na avaliação da perfusão tecidual e da gravidade do choque.

### HEMORRAGIA PÓS-PARTO MACIÇA



- $> 2000$  ml
- $\geq 4$  HC
- Queda  $\geq 4$  pontos na Hb
- Distúrbio de coagulação

Em cenários de sangramento importante ou instabilidade hemodinâmica, esses exames devem ser repetidos seriamente durante a evolução clínica, permitindo guiar a transfusão de hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, plaquetas e crioprecipitado) e o manejo da hemorragia de forma protocolada.

Diante de sangramento persistente, instabilidade hemodinâmica, rápida necessidade transfusional ou suspeita de coagulopatia, deve-se considerar precocemente a ativação do protocolo institucional de hemorragia maciça e o escalonamento para medidas invasivas.

## Por que esse tema cai tanto

Você está no seu primeiro plantão do centro obstétrico. A paciente, uma primípara, acabou de ter um parto vaginal taquitócico (muito rápido) de um bebê macrossômico. Quinze minutos depois, ela te chama: "Doutor, estou me sentindo tonta". Você retira o lençol e encontra uma poça enorme de sangue vermelho vivo. A pressão dela despenca para 80x50 mmHg e o coração dispara para 130 bpm. O que acontece agora? A banca quer saber se você tem o raciocínio rápido para diagnosticar a causa (será que o útero está contraído? Será que rasgou o canal?) e, principalmente, se você sabe a sequência exata de vida ou morte para salvar essa mulher. Por ser uma situação de urgência que exige ações protocoladas, o tema despenca em provas de residência de todas as instituições.

### PARÂMETROS

#### VISUAL



#### QUANTIDADE DE SANGUE NA COMPRESSA

50% → 25 ml  
100% → 75 ml  
Pingando → 100 ml



#### DIÂMETRO DA POÇA

50cm → 500 ml  
100cm → 1500 ml

#### PESAGEM DE COMPRESSAS



Perda = peso das compressas sujas - peso das compressas limpas

**OBSERVAÇÃO:** Pode-se utilizar da bolsa coletora calibrada e quantificação gravimétrica.

## DIAGNÓSTICO

### Como avaliar a gravidade (Índice de Choque)

Antes mesmo de decorar as causas, você precisa saber avaliar a paciente. O corpo da gestante mascara muito bem a hipovolemia nas fases iniciais devido ao aumento do volume plasmático na gravidez. A pressão arterial demora a cair.



## PULO DO GATO

Não espere a pressão cair para agir! O marcador clínico mais precoce de instabilidade hemodinâmica na obstetrícia é o **Índice de Choque (IC)**.

**ÍNDICE DE CHOQUE**

**IC = FC/PAS**

> 0,9: risco de transfusão  
≥ 1,4: terapia agressiva com urgência  
≥ 1,7: alto risco adverso materno

**FC > PAS**

**ATENÇÃO!**



O Índice de Choque é calculado dividindo-se a Frequência Cardíaca pela Pressão Arterial Sistólica (FC / PAS). Valores normais na obstetrícia são de 0,7 a 0,9. Se o resultado for  $\geq 0,9$  (ou, mais fácil ainda para a prova, se a Frequência Cardíaca for maior que a Pressão Arterial Sistólica), acenda a luz vermelha: há perda sanguínea significativa, choque hemorrágico iminente e alto risco de necessidade de transfusão sanguínea. Ou seja,  $IC \geq 0,9$  é sinal de alerta para perda significativa e pior prognóstico; quanto maior o índice, maior a probabilidade de necessidade de transfusão/intervenção urgente.

## A Regra dos 4 Ts

Diante de uma paciente sangrando, o seu raciocínio clínico deve passar obrigatoriamente por 4 letras "T". Essa é a sequência de prioridades para investigar a origem da hemorragia pós-parto.

LEMBRE **A** TONYA **T**RAUMATIZOU **O** TECIDO **D**A TROMBINA!

**4 CAUSAS MAIS COMUNS DE HPP**



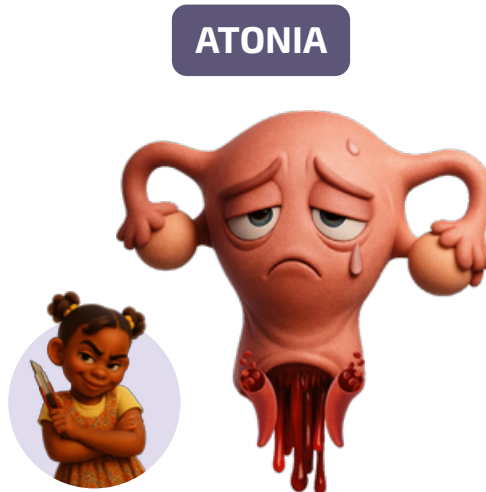
|                  |        |
|------------------|--------|
| <b>A</b> TONIA   | 70-80% |
| <b>T</b> RAUMA   | 20%    |
| <b>T</b> ECIDO   | 10%    |
| <b>T</b> ROMBINA | 1%     |



## Tônus (Atonia Uterina) — Reconhecimento clínico

A atonia é a principal culpada. Representa até 80% das causas de HPP. Os fatores de risco clássicos incluem tudo aquilo que cansa ou estica demais o músculo uterino:

- Sobredistensão (polidrâmnio, gemelar, macrosomia).
- Trabalho de parto prolongado ou taquitócico.
- Corioamnionite.

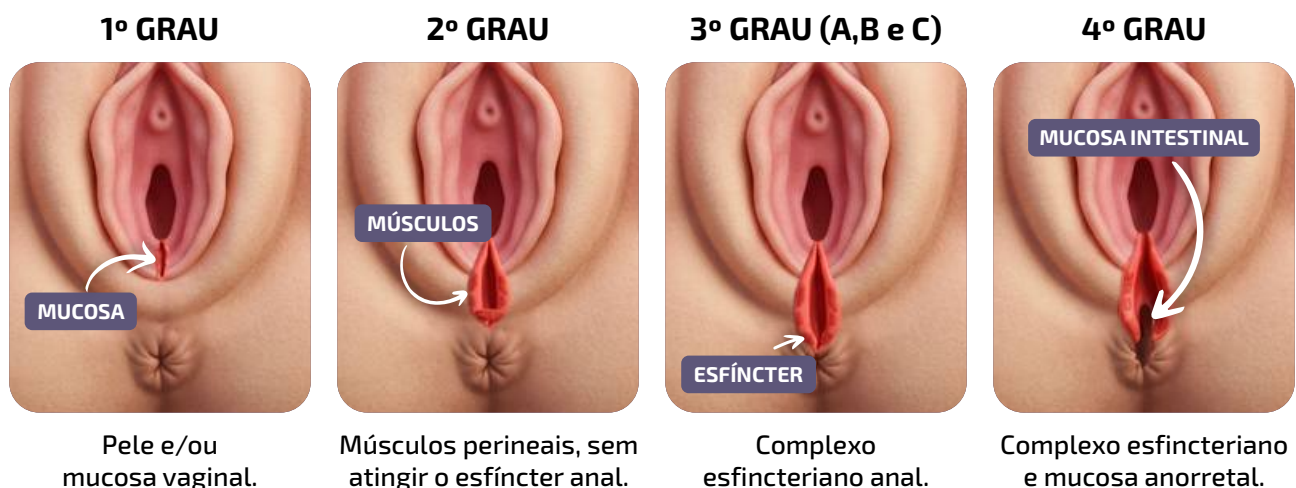


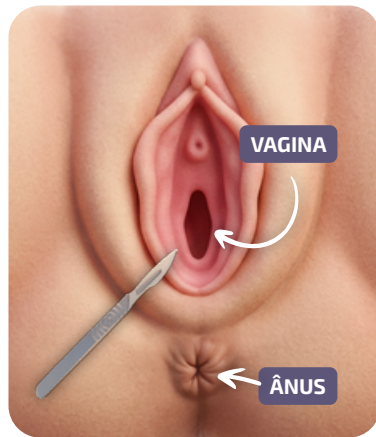
ATONIA

No exame físico, o achado é inconfundível: o útero está **amolecido e mal contraído, por vezes acima da cicatriz umbilical**. O miométrio não tem força para comprimir as artérias espiraladas e elas seguem sangrando para cavidade uterina.

## Trauma — Reconhecimento clínico

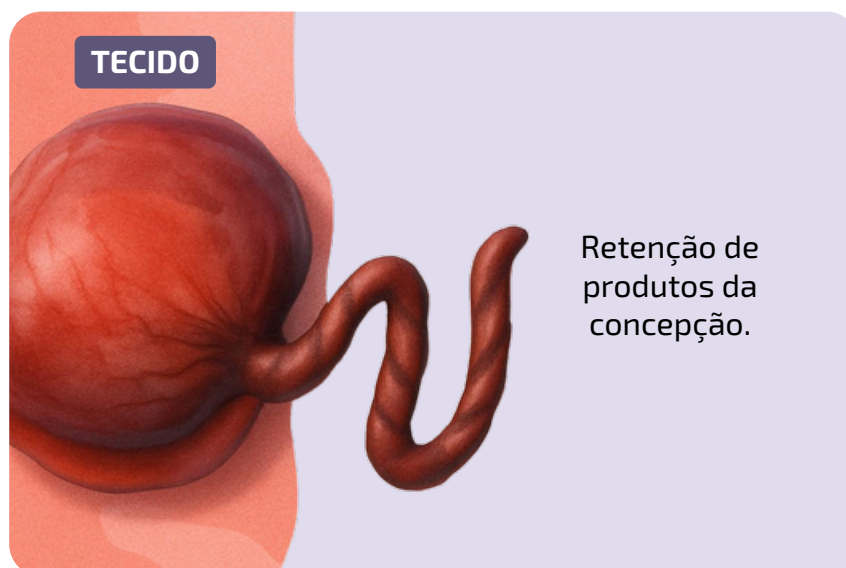
O Trauma é a segunda causa mais comum. Trata-se de lacerações do trajeto (colo, vagina, períneo) ou, em casos mais graves, da rotura uterina e da inversão uterina. Fatores de risco: parto instrumental (fórcipe), episiotomia ou parto muito rápido. O raciocínio de prova aqui é cirúrgico: a paciente sangra abundantemente com coágulos, MAS o útero está **firme, contraído e bem posicionado** (o famoso Globo de Segurança de Pinard). Se o útero está duro e sangra, o problema está "embaixo", no trajeto.



**EPISIOTOMIA****ROTURA UTERINA**

## Tecido — Reconhecimento clínico

Refere-se à retenção de fragmentos placentários ou de membranas, ou mesmo à falha completa na dequitação (como no acretismo placentário). Quando a placenta (ou um pedaço dela) fica “agarrada”, o útero não consegue se retrair completamente. O quadro se apresenta como um útero subinvoluído e sangramento que não cessa após a saída fetal, muitas vezes exigindo extração manual ou curetagem. O acretismo placentário é um fator de altíssimo risco e contraindica a extração manual forçada.



## Trombina — Reconhecimento clínico

São os distúrbios da coagulação. É a causa mais rara. Pode ser hereditária (Doença de von Willebrand, trombocitopenia idiopática) ou adquirida no próprio parto devido a quadros dramáticos que consomem fatores de coagulação (descolamento prematuro da placenta - DPP, embolia por líquido amniótico, pré-eclâmpsia grave/HELLP).

**TROMBINA****CAUSAS RARAS DE HPP**



**COAGULOPATIAS**  
Púrpura trombocitopênica idiopática  
Púrpura trombocitopênica trombótica  
Doença de Von Willebrand  
Hemofilias

**Questão Estratégica — Diagnóstico de Trauma****QUESTÃO HIAE - 2022**

Uma mulher de 34 anos de idade teve parto fórcepe por apresentação occípito-sacra, realizado com bloqueio de pudendo. O recém-nascido pesou 3.560 g e foi realizada episiotomia mediolateral direita, sem intercorrências. Na enfermaria, após 1,5 hora do parto, começou a apresentar sangramento vaginal importante. Ao exame, encontra-se corada, com sinais vitais normais, abdome flácido, útero palpável 3 cm abaixo da cicatriz umbilical, contraído. Observa-se sangramento com coágulos em grande quantidade no absorvente. Entre as condutas abaixo, a melhor para este caso é:

- A) Massagem uterina e pesquisa de distúrbios de coagulação sanguínea.
- B) Misoprostol por via vaginal.
- C) Infusão rápida de ocitocina por via endovenosa.
- D) Revisão imediata do canal de parto.

**Comentário:**

A banca te dá a chave do diagnóstico: sangramento profuso, mas o útero está **contraído** (e 3 cm abaixo da cicatriz umbilical, tamanho esperado). Se o útero está contraído, a causa não é atonia uterina! A presença de parto com fórcepe e episiotomia grita para a hipótese de laceração do trajeto de parto (Trauma). Condutas como massagem, Ocitocina e Misoprostol visam tratar atonia e não ajudarão aqui. A única saída é revisar o canal de parto e suturar a fonte do sangramento.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Perceba como o examinador tentará te empurrar para os uterotônicos. Se o tônus está bom, ignore os remédios e procure o trauma.

**Gabarito: Letra D**

## CONDUTA

### Prevenção – A regra de ouro

Sabe o que tem a maior evidência para reduzir mortes por HPP? A prevenção universal. O manejo ativo do terceiro período clínico do parto deve ser feito em **todas** as puérperas, independentemente de ser parto normal ou cesárea.

A recomendação de primeira linha da OMS é simples e direta: **Ocitocina 10 UI, via intramuscular**, logo após o nascimento (desprendimento dos ombros ou saída completa do bebê). Manobras adicionais incluem o clampeamento oportuno do cordão e a tração controlada da placenta, mas não possuem o mesmo peso preventivo da ocitocina.



#### ANTEPARTO

##### OCITOCINA 10 UI IM/IV

Após desprendimento do ombro fetal.



#### ERRO COMUM

Não confunda! O ácido tranexâmico, a metilergometrina e a massagem uterina bimanual contínua são tratamentos para a hemorragia, e **NÃO** devem ser usados profilaticamente de rotina.

### Tratamento da crise aguda (Atonia Uterina)

Acionou o alerta de HPP (perda > 500 mL/instabilidade)? Gritou por ajuda? O primeiro passo é tratar a causa mais comum: a Atonia Uterina.

Existem mnemônicos que podem te ajudar a se guiar no atendimento!

**CALL** → *Call for help* (chame por ajuda) / *Assess bleeding* (encontre o motivo do sangramento) / *Large-bore IV access* (acesso calibroso EV) / *Labs and blood bank* (laboratório e banco de sangue)

ou

**HELP** → *Help* (chame por ajuda) / *Evaluate* (avaliar causas de sangramento) / *Labs* (exames laboratoriais e tipagem sanguínea) / *Protocol* (avaliar início de protocolo de transfusão maciça/ tratar)

Viu que o primeiro sempre é CHAMAR AJUDA!

**EVOLUIU COM HPP?****CALL****FOR****HELP**

A abordagem é feita como uma “escadinha” de medidas clínicas e farmacológicas simultâneas.

1. **Massagem Uterina Bimanual (Manobra de Hamilton):** Introduzir uma mão na vagina, elevando e comprimindo o corpo uterino pelo fórnice anterior, enquanto a outra mão comprime o fundo uterino pelo abdome, mantendo compressão bimanual.
2. **Ocitocina IV:** Desta vez, além de uma dose de ataque endovenosa lenta, usamos a ocitocina em infusão contínua de manutenção (ex: 20 a 40 UI em 500mL de soro).
3. **Ácido Tranexâmico (Transamin):** Um agente antifibrinolítico poderoso. Administre 1 grama endovenoso preferencialmente nos primeiros minutos (ideal nas 3 primeiras horas e ele pode ser repetido após 30 minutos se o sangramento persistir). Se liga na dica: não espere todas as medicações falharem para usá-lo; ele deve ser feito logo junto com o primeiro uterotônico.
4. **Metilergometrina:** Um segundo uterotônico. Feito IM (0,2 mg). Mas cuidado com as “pegadinhas” de banca, como as contraindicações, que veremos adiante.
5. **Misoprostol:** Outro uterotônico. Dose de 800 mcg por via retal. Por ter ação mais lenta (cerca de 15 minutos), entra nas etapas finais do manejo medicamentoso.

**GOLDEN HOUR****MEDIDA CLÍNICA****MANOBRAS DE HAMILTON****MEDIDAS FARMACOLÓGICAS****ÁCIDO TRANEXÂMICO**

Pode ser administrado a qualquer momento.  
1 g EV lento

**UTEROTÔNICOS****OCITOCINA**

5 UI, EV lento +  
20-40 UI/500 ml

**METILERGOMETRINA**

Contraindicado em hipertensas!  
0,2 mg IM

**MISOPROSTOL**

800 mcg - VR

| MEDICAÇÃO                      | DOSE MAIS COBRADA / USO NA HPP                                                                                                                               | CONTRAINDICAÇÕES / CAUTELAS PRINCIPAIS                                                                                                             |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ocitocina                      | <b>Tratamento:</b> 10–40 UI em infusão IV, conforme protocolo do serviço.<br><b>Profilaxia:</b> 10 UI IM ou IV após o nascimento.                            | Hipersensibilidade é a contraindicação formal. Na prática, é a droga <b>mais segura</b> e de <b>primeira linha</b> .                               |
| Ácido tranexâmico              | <b>1 g IV em 10 minutos</b> , até 3 horas do parto; pode repetir <b>1 g se o sangramento persistir após 30 minutos ou se reiniciar em até 24 horas</b> .     | Deve ser utilizado com cautela em pacientes com história de tromboembolismo ou contraindicação ao uso de antifibrinolíticos. Não é uterotônico.    |
| Misoprostol                    | 800 mcg por via <b>sublingual</b> ou <b>retal</b> no tratamento da HPP; para profilaxia, costuma aparecer 400–600 mcg VO quando não há ocitocina disponível. | Não tem a contraindicação vascular da ergometrina. Principais cautelas: <b>febre, calafrios, diarreia</b> e mais efeitos adversos que a ocitocina. |
| Ergometrina / Metilergometrina | <b>0,2 mg IM</b> (200 mcg) é a dose clássica mais cobrada.                                                                                                   | Contraindicada em hipertensão, pré-eclampsia e doença cardiovascular. Esse é o ponto mais clássico de prova.                                       |

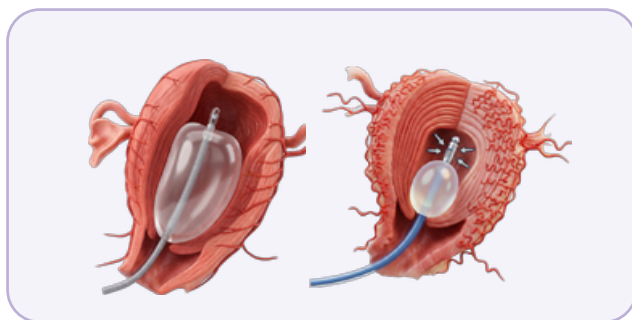
## Manejo de casos graves ou refratários

A paciente já recebeu ocitocina, massagem, transamin, ergometrina, misoprostol... e o sangramento não cessa, o que podemos fazer antes de abrir a barriga?

Tentamos o **Tamponamento Uterino**, sendo o Balão de Bakri o dispositivo mais famoso. Ele preenche a cavidade uterina, criando pressão hidrostática de dentro para fora, ocluindo os vasos sangrantes. (Dica recente: novos dispositivos a vácuo, como o sistema JADA, que “chupam” as paredes do útero para colabar os vasos, já começam a aparecer nas provas).

Se o balão falhar ou se você já estava numa cesariana, passamos para os procedimentos cirúrgicos conservadores:

- **Suturas compressivas:** A principal é a **Sutura de B-Lynch**, em que o cirurgião passa um fio ao redor do útero, abraçando-o e apertando-o como se fosse o suspensório de uma calça, forçando a compressão física.
- **Embolização de artérias uterinas** (não tão disponível nos serviços públicos de saúde).
- **Desvascularização pélvica:** Ligadura das artérias uterinas ou hipogástricas.
- E se tudo der errado? A conduta salvadora definitiva é a **Histerectomia Puerperal** (subtotal ou total).

**BALÃO DE BAKRI**

Balão de tamponamento intrauterino

**SUTURA DE B-LYNCH**

Laparotomia

**JADA**

Atonia

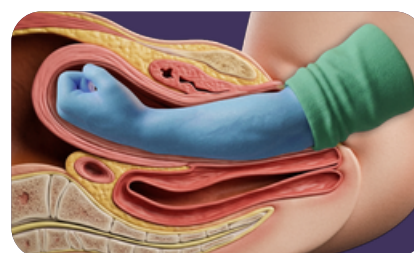
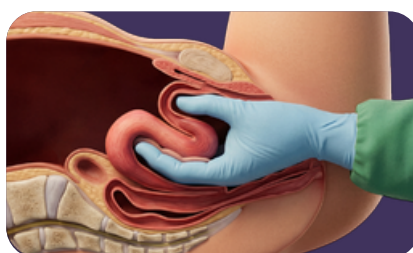
Mecanismo de vácuo

## Condutas específicas em outras etiologias

- **Tecido:** Há suspeita de resto placentário? O tratamento é extração manual, aspiração uterina ou esvaziamento uterino cuidadoso, preferencialmente guiado por ultrassonografia quando disponível. Se for Acretismo (placenta invadiu o miométrio e não solta), não tente desgrudar a placenta à força, ou ela irá rasgar o útero. O tratamento padrão do acretismo é a cesariana com histerectomia com placenta *in situ*, embora abordagens conservadoras possam ser consideradas em situações selecionadas e centros especializados.
- **Trauma:** Identificou laceração? Sutura do trajeto. Se for inversão uterina aguda (útero vira pelo avesso e sai na vagina), a dor é alucinante e o choque é imediato. Conduta: **Manobra de Taxe** (empurrar o útero manualmente de volta). Se a Taxe não funcionar, abre-se a barriga e faz a **Cirurgia de Huntington** (puxar os ligamentos redondos por cima).

No cenário de inversão uterina devemos:

- Suspende tração do cordão;
- Não remover a placenta antes da reposição, quando ainda aderida, salvo circunstâncias específicas;
- Interromper uterotônicos durante a tentativa de reposição;
- Considerar anestesia/relaxamento uterino;
- Após reposição do útero, administrar uterotônico para manter o útero contraído.

**MANOBRA DE TAXE****INVERSÃO UTERINA**

## Questão Estratégica — Prioridade vs. Exames



### QUESTÃO REVALIDA - 2023

Uma paciente com 24 anos apresenta sangramento vaginal volumoso no puerpério imediato de parto vaginal sem episiotomia. Relata como antecedentes pré-natal e parto vaginal sem intercorrências ou morbidade associada à gestação. Ao exame físico, apresenta-se: em regular estado geral; confusa; com frequência cardíaca de 138 batimentos por minuto; pressão arterial de 80 x 50 mmHg; à ausculta cardíaca, com ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas hipofonéticas, sem sopros; à ausculta pulmonar, com murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios. O exame do abdome da paciente evidencia útero amolecido e palpável 8 cm acima da cicatriz umbilical. Em análise do partograma, foi constatado uso de ocitocina 05 UI durante as 14 horas de condução do trabalho de parto. Diante do quadro apresentado, a conduta inicial adequada é:

- A) Iniciar imediatamente a infusão de Ringer Lactato 1.000 ml em acesso venoso calibroso, realizar massagem uterina e usar drogas uterotônicas.
- B) Encaminhar a paciente para a ultrassonografia de urgência e solicitar hemograma, para avaliar necessidade de hemotransfusão.
- C) Realizar laparotomia de urgência e histerectomia, com hemotransfusão, sem necessidade de prova cruzada.
- D) Tranquilizar a paciente, esclarecendo que se trata de loquiação fisiológica do puerpério imediato.

#### Comentário:

Paciente chocada (confusa, hipotensa, taquicárdica) e com útero amolecido (Atonia Uterina). O que você faz? Salva a vida dela imediatamente com o pacote clínico simultâneo: expansão com Ringer Lactato, massagem uterina bimanual e uterotônicos. A alternativa B é a clássica pegadinha do examinador querendo te fazer perder tempo com USG e exames enquanto a paciente sangra até a morte. A alternativa C (histerectomia) é o último recurso, não a conduta inicial.



### CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Exames são colhidos durante o acesso, mas você nunca deve postergar a reanimação aguardando resultados.

**Gabarito: Letra A**

## O Bundle E-MOTIVE

Pensa comigo: se o choque na hemorragia pós-parto evolui de forma tão dramática, por que faríamos uma droga, esperaríamos 15 minutos, faríamos outra, e assim por diante? O ensaio clínico E-MOTIVE demonstrou que não devemos perder esse tempo. O tratamento deve ser feito por meio de um pacote de intervenções acionado imediatamente após a medição objetiva atingir o limiar de alerta.

Para prova clássica, a banca ainda pode cobrar uma sequência de medidas; porém, o conceito mais atual é de *bundle*: reconhecer cedo, medir objetivamente e instituir intervenções prioritárias em paralelo.



### PULO DO GATO

A banca vai tentar te induzir ao erro, afirmando que o Ácido Tranexâmico só entra se a massagem e a Ocitocina falharem. Errado! Na nova diretriz, ele entra de forma integrada na primeira resposta com o pacote E-MOTIVE.

A estratégia inclui agir simultaneamente com:

- **E**xame (buscar lacerações de trajeto ou restos ovulares).
- **M**assagem uterina.
- **O**citócicos terapêuticos.
- **T**ranexâmico (ácido).
- Fluidos **IV**.
- **E**scalonamento rápido caso o sangramento não cesse.

## O que não fazer mais

As “não recomendações” da diretriz de 2025 são um prato cheio para pegadinhas de múltipla escolha.



### ERRO COMUM

Assinalar alternativas que tragam a Ergometrina (ou Metilergometrina) no manejo preventivo. A nova diretriz de 2025, não recomenda explicitamente o seu uso para **prevenção**. Da mesma forma, não é recomendado o uso profilático (preventivo) do Ácido Tranexâmico e condena enfaticamente tentar estancar a hemorragia enfiando gaze simples ou hemostática no útero.



## TABELA COMPARATIVA — DIRETRIZES 2025 VS. PRÁTICA ANTERIOR

| CRITÉRIO / CONDOTA                     | PRÁTICA ANTIGA / TRADICIONAL                                                                                     | NOVA DIRETRIZ OMS/FIGO/ICM (2025)                                                                                                                                               |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Avaliação da Perda Sanguínea</b>    | Estimativa visual subjetiva, "a olho nu" (avaliar compressas e o chão) era possível.                             | <b>Medição objetiva de rotina</b> (uso de campos coletores calibrados ou pesagem) é fortemente recomendada para todas as pacientes.                                             |
| <b>Limiar de Intervenção (Gatilho)</b> | Iniciar protocolo apenas com perda > 500 mL no parto vaginal ou > 1.000 mL na cesárea.                           | Início precoce: <b>≥ 300 mL + sinal clínico hemodinâmico</b> (FC > 100, IC > 1.0, PAS < 100, PAD < 60) OU perda ≥ 500 mL, o que ocorrer primeiro nas primeiras 24h.             |
| <b>Fluxo de Tratamento</b>             | Passo a passo em escada (um uterotônico, se falhar, tenta outro adjuvante, depois passa para medidas invasivas). | <b>Estratégia E-MOTIVE</b> : intervenção terapêutica administrada de forma <b>integrada e sem demora</b> (Massagem, Ocitócico, Tranexâmico, Fluidos IV, Exame e Escalonamento). |
| <b>Uterotônicos Profiláticos</b>       | Frequentemente se permitia a combinação de medicamentos em protocolos específicos.                               | Deve-se usar <b>APENAS UM</b> : Ocitocina > Carbetocina > Misoprostol. A hierarquia é estrita.                                                                                  |
| <b>Via da Ocitocina Profilática</b>    | 10 UI Intramuscular de rotina para todos os partos vaginais.                                                     | Se a paciente no parto vaginal <b>já tiver acesso IV</b> , administrar 10 UI <b>Endovenosa lenta</b> (durante 1 a 2 minutos) em vez da via IM.                                  |
| <b>Metilergometrina na Profilaxia</b>  | Usada em vários centros como opção de segunda linha preventiva.                                                  | <b>NÃO recomendada para profilaxia</b> . A combinação de dose fixa (Ocitocina 5 UI + Metilergometrina 0,2 mg) também <b>não deve ser usada para prevenção</b> .                 |
| <b>Ácido Tranexâmico na Profilaxia</b> | Em debate; alguns centros já administravam em pacientes de alto risco.                                           | <b>NÃO recomendada para prevenção</b> da HPP, seja em parto vaginal ou cesariana. Seu uso é terapêutico.                                                                        |

| CRITÉRIO / CONDUTA                                  | PRÁTICA ANTIGA / TRADICIONAL                                                             | NOVA DIRETRIZ OMS/FIGO/ICM (2025)                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tamponamento Artesanal</b>                       | Uso de compressas ou gaze na cavidade uterina como improviso onde não há Balão de Bakri. | O tamponamento uterino com gaze simples ou impregnada com hemostáticos <b>NÃO é recomendado.</b>                                                                               |
| <b>Tratamento da Anemia Gestacional e Puerperal</b> | Ferro oral como primeira linha quase absoluta.                                           | <b>Ferro IV</b> é a recomendação principal se a paciente não tolerar o oral ou se houver <b>necessidade de correção rápida</b> (exige monitoramento rigoroso para anafilaxia). |
| <b>Retenção Placentária</b>                         | Amplo uso de uterotônicos para forçar o desprendimento na dequitação arrastada.          | Uterotônicos recomendados <b>APENAS se houver HPP</b> (sangramento ativo) concomitante. Remoção manual exige profilaxia antibiótica.                                           |

Estejam atentos às atualizações para que acertem todas as questões que adoram comprar atualidades!

## O que a banca mais cobra em conduta



### ATENÇÃO NA PROVA

A banca ama criar pacientes com comorbidades para testar suas contraindicações no manejo medicamentoso!

1. A paciente chega sangrando, mas tem no prontuário **Pré-Eclâmpsia ou Hipertensão Arterial Crônica**. A banca coloca a Metilergometrina entre as opções. FUJA! A metilergometrina é um vasoconstritor forte e aumenta dramaticamente o risco de AVC ou vasoespasmo nesses quadros.
2. O **Misoprostol** e o **Ácido Tranexâmico** são seguros e *podem* ser usados em pacientes hipertensas.
3. O clampeamento tardio do cordão umbilical (após 60s) é recomendado para a vitalidade do recém-nascido e *ajuda* a estabilizar a dinâmica do terceiro período, mas não exclui e nem substitui a ocitocina profilática.

## Questão Estratégica — Conduta (Comorbidades)



### QUESTÃO USP/SP - 2023

Gestante primigesta de 24 anos, 32 semanas e 5 dias de gestação, chega ao Pronto-Socorro da Obstetrícia referindo dor de cabeça de forte intensidade associada a náuseas e mal-estar gástrico. Ao exame clínico: PA de 152x115 mmHg, FC 82 bpm, dinâmica uterina presente e fraca, altura uterina de 34 cm, batimentos cardíacos fetais de 150 bpm, edema +++/4 de MMII, hiperreflexia patelar. Recebeu Hidralazina endovenosa e dose de ataque de Sulfato de Magnésio pelo esquema de Pritchard. Após 1 hora, refere dor abdominal de forte intensidade. Ao exame obstétrico, útero hipertônico e BCF 98 bpm. Foi encaminhada para o parto cesáreo com feto vivo, masculino, peso de 1.748 g e placenta com aspecto de descolamento de 20% de sua área total. Após histerorrafia, útero mostrava-se bastante amolecido, pastoso, hipoinvoluído. Foi realizada massagem uterina, seguida de infusão de ocitocina. Qual é o próximo passo?

- A) Ergotamina.
- B) Balão de Bakri.
- C) Misoprostol.
- D) Sutura de B-Lynch.

#### Comentário:

Vamos destrinchar o caso. A paciente abriu com Pré-eclâmpsia Grave + Iminência de Eclâmpsia (PA muito alta + cefaleia). Teve um DPP secundário e agora evolui com HPP por Atonia Uterina. A equipe seguiu o protocolo: fez massagem e ocitocina. O próximo uterotônico seria a Metilergometrina... certo? ERRADO! Por ter hipertensão grave, a Ergotamina (Alternativa A) é fatal! Logo, devemos pular esse degrau e ir direto para o Misoprostol via retal (Alternativa C). Balão e Sutura de B-Lynch só entram se todos os recursos farmacológicos seguros falharem.



### CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Este é o clássico erro induzido pelas bancas. Sempre veja os antecedentes antes de prescrever derivados do Ergot.

Gabarito: Letra C

## Questão Estratégica — Inversão Uterina Aguda



### QUESTÃO FAMERP - 2025

Paciente de 40 anos de idade, gesta=06, para=05, partos anteriores por via vaginal, é internada na 38ª semana de gestação, em trabalho de parto. Após a expulsão fetal, evolui com intensa dor abdominal, fuga da matriz, tenesmo retal e vesical, hemorragia intensa por via vaginal e choque hipovolêmico. Foi feito o diagnóstico de inversão uterina aguda, a qual não foi responsiva à manobra da Taxe. De acordo com esses dados, assinale a alternativa que contém a conduta imediata.

- A) Sutura de B-Lynch.
- B) Operação de Huntington.
- C) Histerectomia por via vaginal.
- D) Compressão bimanual do útero.

#### Comentário:

Um clássico de urgências obstétricas raras, porém de altíssima letalidade. O termo-chave é “fuga da matriz” (você palpa a barriga da mulher e não sente o fundo uterino, ele “sumiu” porque foi invertido para dentro da vagina). A tração exagerada do cordão umbilical e uma atonia de base causam a inversão. A primeira conduta, que já falhou na questão, é empurrá-lo mecanicamente de volta pela vagina: Manobra de Taxe. Como falhou, a abordagem imediata agora é laparotômica com a Cirurgia de Huntington (tracionar os ligamentos redondos pelo abdome para desinverter o útero).



### CONEXÃO COM O CONTEÚDO

B-Lynch (A) e compressão bimanual (D) tratam atonia, não tratam inversão refratária.

Gabarito: Letra B

## CUIDADOS E COMPLICAÇÕES NO PUERPÉRIO PÓS-HPP

A paciente sobreviveu à Hemorragia Pós-Parto (HPP) aguda e o sangramento cessou. O que a banca vai te cobrar agora são os cuidados pós-crise e as complicações tardias.

| TEMA                       | O QUE A BANCA COBRA                                     | CONDUTA/PADRÃO                                                                                                                            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monitorização              | Tempo mínimo de vigilância intensiva.                   | Monitorização rigorosa (sinais vitais, diurese, oximetria e sangramento) por pelo menos <b>24 horas</b> .                                 |
| Risco Tromboembólico (TEV) | O momento exato de iniciar a profilaxia medicamentosa.  | Iniciar heparina (ex: Enoxaparina) <b>12 a 24 horas APÓS</b> o controle absoluto do sangramento.                                          |
| Anemia Puerperal           | Diretriz 2025 para reposição de ferro após perda grave. | <b>Ferro Intravenoso (IV)</b> é preferível se houver necessidade de correção rápida ou intolerância ao via oral.                          |
| Síndrome de Sheehan        | O que acontece meses depois do choque hipovolêmico.     | Necrose isquêmica da hipófise anterior. A paciente evolui com <b>falha na amamentação (agalactorreia)</b> , amenorreia e hipotireoidismo. |

## Contexto clínico

A adrenalina da “Hora de Ouro” passou. Você, junto com a sua equipe, conseguiu reverter o choque hipovolêmico, o útero contraiu e a paciente está estável. Acabou o perigo? Longe disso! O puerpério imediato e tardio de uma paciente que sofreu uma hemorragia maciça é um campo minado. O corpo dessa mulher sofreu um estresse metabólico e hemodinâmico gigantesco. O leito placentário está vulnerável, os fatores de coagulação foram consumidos e o risco de fenômenos tromboembólicos dispara.

As bancas adoram o “*day after*” (o dia seguinte) da HPP porque ele exige raciocínio fisiológico. Pensa comigo: você tem uma puérpera (estado de hipercoagulabilidade fisiológico) que acabou de chocar (estase venosa) e, muitas vezes, recebeu hemotransfusão. Isso é a tempestade perfeita para uma Trombose Venosa Profunda (TVP) ou um Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Ao mesmo tempo, se você der anticoagulante cedo demais, ela volta a sangrar. É esse “timing” perfeito que o examinador quer testar, além de cobrar as sequelas endócrinas que podem aparecer meses depois.

## CONDUTA NO PUERPÉRIO

### Monitorização rigorosa

Após o controle da HPP, a paciente não deve ir simplesmente para o alojamento conjunto regular sem cuidados redobrados. É obrigatório manter uma monitorização rigorosa nas primeiras **24 horas** pós-evento. Isso inclui a reavaliação seriada dos sinais vitais, da oxi-

metria de pulso, do controle de diurese (por meio da sonda vesical deixada na fase aguda) e da vigilância ativa do sangramento vaginal para garantir que o útero não sofra um novo relaxamento (atonia secundária).



### PÓS-HPP

Monitorização em ambiente adequado.

## Profilaxia para Tromboembolismo Venoso (TEV)

O próprio parto, a HPP e a hemotransfusão são todos **fatores de risco independentes** para os acidentes tromboembólicos.



### PULO DO GATO

Logo após estabilizar a paciente, as profilaxias mecânicas não farmacológicas são **indispensáveis**: deambulação precoce e compressão pneumática dos membros inferiores.

E quando entra o remédio? A profilaxia farmacológica (com Enoxaparina/Heparina de Baixo Peso Molecular) deve ser iniciada após o controle definitivo do sangramento e a hemostasia estiver assegurada, considerando o risco de ressangramento, a via de parto, os procedimentos realizados e os intervalos relacionados à anestesia neuroaxial.



### ERRO COMUM

A banca vai tentar te induzir a prescrever Enoxaparina logo na primeira hora ou enquanto a paciente ainda tem lóquios muito sanguinolentos. Não caia nessa!

Após controle do sangramento e quando a hemostasia estiver assegurada, considerar trombotoprofilaxia conforme risco individual e contexto anestésico; a duração depende do perfil de risco, variando frequentemente de 7–10 dias a 6 semanas.

## Manejo da Anemia Puerperal (Atualização 2025)

Uma paciente que sobreviveu à HPP provavelmente estará com uma anemia significativa. Historicamente, o ferro oral era a regra. Porém, a nova diretriz da OMS/FIGO (2025) traz uma recomendação importante: a terapia com **Ferro Intravenoso (IV)** agora é expressamente recomendada em vez do ferro oral se houver uma necessidade clínica de corrigir a anemia rapidamente, ou se a paciente não tolerar a via oral. É fundamental apenas garantir que ela esteja em um ambiente monitorado para a identificação de eventual anafilaxia.

## COMPLICAÇÕES TARDIAS NO PUERPÉRIO

### Síndrome de Sheehan

E se a paciente voltar ao seu ambulatório dois ou três meses após esse parto traumático com queixas estranhas? Pensa comigo: durante a gestação, a hipófise aumenta muito de tamanho e precisa de muito sangue. Quando a paciente tem um choque hipovolêmico grave (como na HPP), a pressão cai tanto que falta sangue para essa glândula hipertrofiada. O resultado? **Necrose isquêmica da hipófise anterior**.

Meses depois do parto, essa mulher vai apresentar um quadro de pan-hipopituitarismo (falta de hormônios hipofisários), conhecido como **Síndrome de Sheehan**. A apresentação clássica e o “sinal de alerta” na prova são:

1. **Agalactorreia:** A suspensão da lactação ou incapacidade total de produzir leite no puerpério (déficit de Prolactina).
2. **Amenorreia:** A menstruação não volta (déficit de FSH/LH).
3. **Hipotireoidismo central:** Fadiga, intolerância ao frio (déficit de TSH).
4. **Insuficiência adrenal secundária:** Hipotensão, perda de pelos (déficit de ACTH).

## Questão Estratégica — O perigo tardio da HPP



### QUESTÃO FMABC - 2017

Mulher de 35 anos apresenta, dois meses após o parto, alteração de campo visual, insuficiência adrenal secundária, T4 livre baixo com TSH normal, associado à suspensão de lactação. Sobre o quadro relatado, é correto afirmar que:

- A) As alterações que apresenta devem ter sido causadas por hemorragia periparto.
- B) Cirurgia de descompressão hipofisária corrige as deficiências endócrinas.
- C) À RNM, pode apresentar aumento homogêneo da hipófise e grande reforço pelo gadolínio.
- D) Presume-se que certamente tenha também deficiências de GH e gonadotrofinas, geralmente mais tardias que as de ACTH e TSH.

**Comentário:**

O enunciado descreve perfeitamente o quadro da **Síndrome de Sheehan**. A paciente chega no puerpério tardio (dois meses após o parto) sem produzir leite (suspensão da lactação por déficit de prolactina) e com hipopituitarismo claro (falta de TSH e ACTH). O que causa a Síndrome de Sheehan? Exatamente o choque hipovolêmico secundário a uma grande hemorragia obstétrica (HPP). A cirurgia (alternativa B) não ajuda, pois o tecido hipofisário sofreu necrose (morreu), não havendo nada para descomprimir. O tratamento é puramente clínico, repondo os hormônios que faltam.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Lembre-se: HPP grave na sala de parto = risco de Síndrome de Sheehan no puerpério tardio.

**Gabarito: Letra A****REVISÃO FINAL**

A medicina baseada em evidências transformou o manejo da HPP em 2025. Chegou o momento de costurar o conhecimento. Quando a banca narrar um sangramento excessivo pós-parto, pense clinicamente como uma resposta automática:

- O “olhômetro” acabou: precisamos quantificar a perda sanguínea usando métodos objetivos, como campos plásticos e bolsas coletoras.
- Não precisamos e não devemos esperar a paciente sangrar meio litro para começar a agir: se houve perda de  $\geq 300$  mL acompanhada de alteração hemodinâmica ou se o índice de choque passou de 1, o gatilho terapêutico já está acionado
- A conduta imediata é atacar todas as frentes ao mesmo tempo usando a diretriz E-MOTIVE (Massagem, Ocitócico, Tranexâmico, Fluidos IV e Exame).
- No momento da profilaxia em parto vaginal, a Ocitocina continua sendo a primeira linha absoluta, mas se a mulher já estiver com um acesso venoso periférico puncio-

nado, administre a dose de 10 UI lentamente na veia (em 1 a 2 minutos) em vez da via intramuscular. Esqueça a metilergometrina e o Tranexâmico como ferramentas de prevenção.

- Se o sangramento for abundante e o útero for mole e acima do umbigo → **Atonia Uterina (Tônus)**. Comece massagem + uterotônicos (Ocitocina + Transamin → Metilergometrina, se PA normal → Misoprostol) e se refratário pense em Balão de Bakri ou B-Lynch.
- Se o sangramento for profuso com sangue vermelho vivo e o útero estiver duro como uma pedra (Globo de Pinard preservado) → **Trauma / Laceração de Trajeto**. Pare as drogas e vá revisar o canal de parto para suturar.
- Se a paciente choca no secundamento, com dor atroz, e ao palpar a barriga você sente a “fuga da matriz” → **Inversão Uterina Aguda**. Vá empurrar com a Manobra de Taxe.
- Se meses após essa hemorragia grave a mulher voltar queixando-se que nunca teve produção de leite materno (agalactorreia), que a menstruação não desceu e apresentar sinais de hipotireoidismo → **Síndrome de Sheehan**. O choque hemorrágico causou necrose da hipófise anterior, resultando em pan-hipopituitarismo.

## Resumo em 1 minuto

- **Novo Gatilho de Alerta:** Perda  $\geq 300$  mL associada à alteração clínica hemodinâmica ou Índice de choque  $> 1.0$  = iniciar tratamento imediatamente.
- **Ocitocina Profilática:** Em parto vaginal, se a paciente tiver acesso IV, administrar 10 UI IV lenta (1-2 min) em vez de IM.
- **Contraindicações Novas:** Nunca usar Tranexâmico profilático, nem Ergometrina profilática e nem realizar tamponamento intrauterino com gaze.
- **Tromboembolismo:** Risco altíssimo. Começar deambulação precoce e compressão pneumática imediatamente.
- **Profilaxia Medicamentosa (TEV):** Enoxaparina após o parto se hemostasia estiver assegurada e o risco imediato de ressangramento tiver diminuído
- **Anemia (Nova Diretriz 2025):** Ferro IV é indicado para correção rápida ou em caso de intolerância oral, com monitorização para anafilaxia no pós-parto e na gestação.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

