

Enferm Bras 2019;18(6):816-32
<https://doi.org/10.33233/eb.v18i6.2645>

REVISÃO Hemorragia puerperal

Brenda Cristiny Padilha*, Ana Paula Xavier Ravelli, D.Sc.** , Thiane Cristina Wosniak***, Mariana Faria Szczerepa***, Fabiana Bucholdz Teixeira Alves****, Suellen Vienscoski Skupien, M.Sc.*****

Enfermeira residente do programa de enfermagem obstétrica do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Ponta Grossa/PR, **Professora adjunta pelo departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Coordenadora da residência de enfermagem obstétrica do HURCG, *Enfermeira Residente do Programa de Enfermagem Obstétrica do HURCG, ****Dentista, docente na Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, *****Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR*

Recebido em 12 de novembro de 2018; aceito em 13 de dezembro de 2019.

Correspondência: Brenda Cristiny Padilha, Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Avenida Charles Louis Jean Renaud, 329, 84016-490 Ponta Grossa PR

Brenda Cristiny Padilha: brenda.cristiny@hotmail.com
Ana Paula Xavier Ravelli: anapxr@hotmail.com
Thiane Cristina Wosniak: thianecw@hotmail.com
Mariana Faria Szczerepa: mariszczerepa@gmail.com
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves: fab.teixeira@uol.com.br
Suellen Vienscoski Skupien: suvienscoski@hotmail.com

Resumo

Objetivou-se realizar uma revisão integrativa da produção do conhecimento sobre hemorragia pós-parto entre os anos de 2013 a 2017. Utilizaram-se os descritores hemorragia pós-parto e hemorragia uterina, nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline, entre os anos de 2013 a 2017. Totalizaram-se elegíveis para discussão 40 artigos, destes 24 (60%) continham abordagem quantitativa, 28 (70%) com produção na América do Sul, 14 (35%) datavam de 2013, e 32 (80%) eram da medicina. Para organizar a discussão, os artigos foram agrupados em categorias relacionados à hemorragia pós-parto: causas e fatores de risco; métodos para avaliação da perda sanguínea, complicações, prevenção, manejo, tratamento e ação da equipe. Nota-se a relevância dos estudos relacionados à temática, pois sabe-se a importância de se reconhecer os fatores de risco, prevenção, manejo e tratamento realizado pela equipe.

Palavras-chave: hemorragia pós-parto, período pós-parto, mortalidade materna, Enfermagem.

Abstract

Puerperal hemorrhage

The objective of this study was to carry out an integrative review of knowledge about postpartum hemorrhage between the years 2013 and 2017. The descriptors postpartum hemorrhage and uterine bleeding were used in the Lilacs, Scielo and Medline databases. Forty articles were analyzed, of which 24 (60%) contained a quantitative approach, 28 (70%) with production in South America, 14 (35%) dated to 2013, and 32 (80%), were from medicine. To organize the discussion, the articles were grouped into categories related to postpartum hemorrhage: causes and risk factors; methods for assessing blood loss, complications, prevention, management, treatment and team action. We highlighted the relevance of the studies related to the subject, since it is known the importance of recognizing the risk factors, prevention, management and treatment performed by the team.

Key-words: postpartum hemorrhage, postpartum period, maternal mortality, Nursing.

Resumen

Hemorragia puerperal

Se objetivó realizar una revisión integrativa de la producción del conocimiento sobre hemorragia posparto entre los años de 2013 a 2017. Se utilizaron los descriptores hemorragia posparto y

hemorragia uterina en las bases de datos Lilacs, Scielo e Medline, entre los años de 2013 y 2017. Al total, 40 artículos fueron analizados, de estos 24 (60%) contenían abordaje cuantitativo, 28 (70%) con producción en América del Sur, 14 (35%) databan de 2013, y 32 (80%) eran de la medicina. Para organizar la discusión, los artículos fueron agrupados en categorías relacionadas a la hemorragia posparto: causas y factores de riesgo; métodos para evaluar la pérdida de sangre, complicaciones, prevención, manejo, tratamiento y acción del equipo. Se observa la relevancia de los estudios relacionados con la temática, pues se sabe la importancia de reconocer los factores de riesgo, prevención, manejo y tratamiento realizado por el equipo.

Palabras-clave: hemorragia posparto, periodo posparto, mortalidad materna, Enfermería.

Introdução

A mortalidade materna é definida como o óbito da mulher durante o ciclo gravídico puerperal, sendo considerada até 42 dias após o parto [1]. Atualmente, a morte materna global consiste em aproximadamente 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, sendo que nos últimos anos de 2000 a 2015, mais de 1,5 milhões de mortes foram evitadas [2,3]. No entanto, apesar do avanço, ainda há um número elevado de óbitos maternos a cada ano no mundo, que corresponde a 280 mil, e a maioria ocorre pela falta de identificação precoce dos riscos e manejo das complicações ligadas à gestação [2].

A morte materna pode estar relacionada a gestação, parto e puerpério, sendo classificada como causa obstétrica direta e indireta [4]. Cerca de três quartos dos óbitos maternos no Brasil estão associados as causas obstétricas diretas evitáveis, e entre suas principais causas estão às complicações hipertensivas e hemorrágicas [5].

A hemorragia pós-parto (HPP), uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, é definida como a perda sanguínea acima de 500 ml, mensurada até 24 horas após o parto, e após este intervalo de tempo, é classificada como HPP tardia [6,7]. Entre as causas de HPP, tem-se o traumatismo vaginal, ruptura uterina, retenção placentária, distúrbios na coagulação e a atonia uterina, sendo esta, a causa mais comum, com cerca de 75 a 90% dos casos [8,9]. Alguns dos fatores de risco associados à HPP são: nuliparidade, multiparidade, obesas, idade avançada, laceração com sutura, trabalho de parto com indução, episiotomia e partos instrumentados [10,11].

Além do óbito materno, existem outras complicações que a HPP pode acarretar como a hipotensão, fadiga, anemia, doenças relacionadas a coagulação [12]. Para o controle da HPP são usados vários procedimentos, como a massagem uterina, análise da cavidade uterina, tamponamento, uso de medicações uterotônicas, compressão, suturas, desvascularização, embolização e como última alternativa, a histerectomia [13,14].

Neste contexto, a HPP é a maior causa de mortalidade materna evitável e é responsável por 25% a 30% dos óbitos, com índice de 41% no Brasil. Já no estado do Paraná, em 2016, entre as causas obstétricas diretas, 8 (17,8%) dos óbitos foram devido a HPP [8,15,16].

Faz-se necessário que os enfermeiros tenham embasamento para reconhecer os fatores que podem levar a HPP, e também as intervenções e cuidados que devem ser realizados, identificando precocemente os sinais para tomada de decisão. Portanto, o estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa para identificar a produção do conhecimento sobre HPP, entre os anos de 2013 a 2017.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática [17]. Destaca-se que este trabalho é a conclusão de uma Residência em Enfermagem Obstétrica.

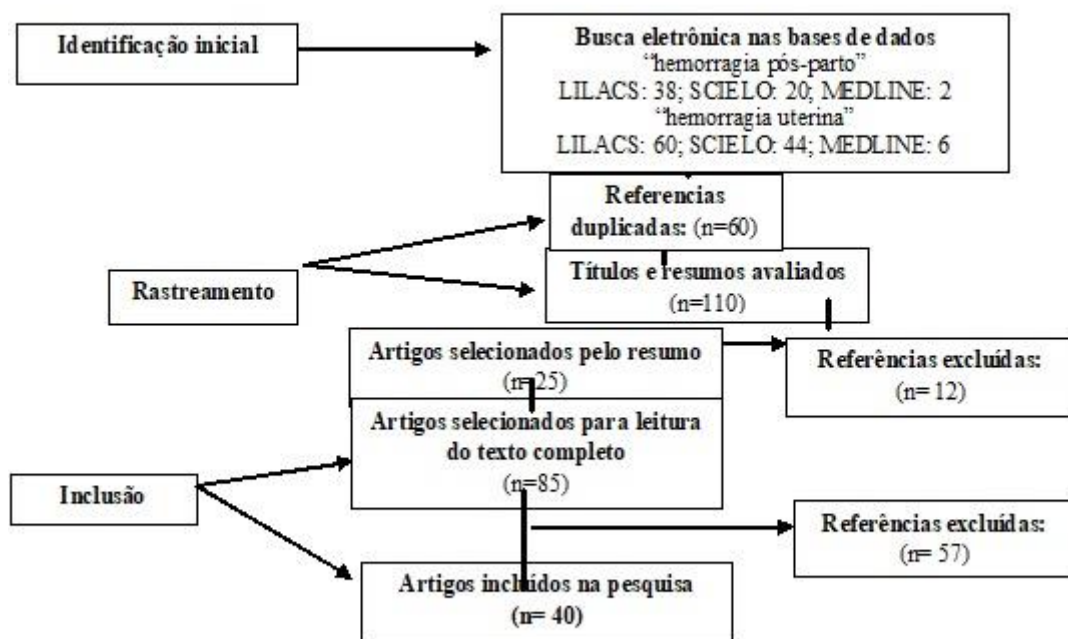
Diante disso, alguns casos de atonia uterina foram tratados no Hospital Universitário e surgiu a inquietude de buscar trabalhos publicados sobre hemorragia pós-parto e para a realização, foram seguidas cinco etapas: 1) formulação da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão, exclusão e seleção dos estudos; 3) avaliação dos estudos; 4) análise dos dados; 5) apresentação e interpretação dos resultados [17].

A seleção dos artigos foi baseada na questão norteadora: Há estudos sobre causas e fatores de risco, métodos para avaliação e tratamento da hemorragia pós-parto? Para a busca, foram utilizados descritores, localizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): hemorragia pós-parto e hemorragia uterina. A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-

Americana do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Medline, obtendo-se uma amostra de 49 artigos.

Como critérios de inclusão para a seleção dos estudos: artigos publicados no período de 2013 a 2017, nos idiomas em português, inglês e espanhol. Na terceira etapa, realizou-se o rastreamento dos artigos duplicados e a exclusão dos trabalhos cujos títulos e resumos não se aplicavam a temática do estudo. Na quarta etapa, 40 artigos, que contemplavam a temática proposta e poderiam responder à pergunta norteadora realizada para este estudo, foram selecionados para leitura na íntegra. A extração dos dados foi realizada por 2 revisores em consenso. A figura 1 apresenta um fluxograma com o detalhamento de todo o processo (Figura 1).

Durante a extração de dados foram registrados: título do artigo, a referência completa do artigo, autores, local, ano de publicação, tipo de estudo e palavras-chave, período e cenário de coleta dos dados, tamanho da amostra, população, intervenção e desfecho.



Fonte: Própria.

Figura 1 - Fluxograma dos processos de seleção e inclusão dos estudos na revisão integrativa.

Resultados

Dos 40 artigos analisados, quanto ao tipo de estudo, 24 foram quantitativos (60%) e 16 qualitativos (40%); quanto à localização geográfica, a maioria dos estudos foram apresentados na América do Sul, e entre os países, o Brasil destacou-se, segundo a tabela I.

Tabela I - Apresentação dos continentes e países dos artigos incluídos no presente estudo.

| Continentes | Países | N | % |
|----------------------|---|-----------|------------|
| América do Sul | Brasil (10); Colômbia (8); Peru (4); Venezuela (2); Chile (3); Bolívia (1); | 28 | 70 |
| América central | Cuba (5); Honduras (2) | 7 | 17,5 |
| América do Norte | México (2) | 2 | 5,0 |
| Europa | Espanha (1) | 1 | 2,5 |
| Ásia | Índia | 1 | 2,5 |
| Sem localização | | 1 | 2,5 |
| Total artigos | | 40 | 100 |

No que concerne ao ano de publicação, a maioria dos artigos eram de 2013, 14 (35%), seguido de 2014 com 8 (20%) e os anos 2015, 2016 e 2017 ambos com 6 (15%). Quanto à área profissional dos autores, a área da medicina apareceu em 32 artigos (80%), enfermagem em 7 (17,5%) e 1 (2,5%) não havia especificação da área profissional. Cabe ressaltar que para organizar a discussão, os artigos foram agrupados em categorias conforme seus resultados, a saber: 1) Causas e fatores de risco para a HPP; 2) Prevenção, manejo, tratamento e ação da equipe. Os resultados acima estão descritos no quadro 1.

[Quadro 1 - Artigos levantados nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline sobre revisão integrativa. \(ver anexo em PDF\).](#)

Discussão

Causas e fatores de risco para a HPP

A atonia uterina é a maior causa de HPP em 80 a 90% dos casos e responsável por 4% dos óbitos [20-21]. Um estudo com 37 mulheres que apresentaram HPP e necessitaram ser encaminhadas a unidade de terapia intensiva, em 28 (75,67%), foram devido a atonia uterina [22]. Por sua vez, estudo em Honduras, com 56 mulheres que apresentaram HPP a maior causa foi o trauma do canal de parto com 22 (39%) casos, seguido de retenção de tecido 19 (34%), atonia uterina como terceira causa 12 (21%) e 3 (5%) devido a transtornos na coagulação [23].

Vários estudos mostram os fatores de risco envolvidos, como em estudo de caso, no qual a causa da hemorragia foi a atonia, os fatores de risco no pré-natal e pré-parto estão associados, entre eles a anemia, peso fetal maior que 4000g, indução do trabalho de parto com ocitocina e cesariana [24].

Em Cuba, houve predominância de HPP em mulheres multíparas, com partos eutócicos, durante a fase ativa do trabalho de parto e em menor quantidade nas cesáreas [25], corroborando com outros estudos, como o do Chile, que mostra menor risco de HPP nas pacientes que realizaram cesárea, porém maiores chances da ocorrência de infecção e reinternamento, e um estudo de revisão que coloca o risco de HPP minimizado na cesariana a pedido materno [26,27]. No México, um estudo com pacientes que realizaram tamponamento uterino como manejo da hemorragia, sendo a atonia uterina principal causa da HPP (57,8%), corrobora o estudo da Cuba em relação às características das mulheres, no qual 70% eram multíparas, porém difere quanto a prevalência de cesárea, com 49,7% dos casos [28].

Outro fator de risco apresentado foi a idade materna, destacada em estudo em que as pacientes que apresentaram sangramento em maior gravidade foram as mulheres com idade inferior a 18 anos [29]. Em um estudo, no qual 236 mulheres passaram pela revisão da cavidade uterina, ocorreram 76 casos de HPP, em relação à idade da amostra, 60% mulheres entre 18 e 34 anos, 27% idade inferior a 18 anos e 13% mais de 35 anos. Ainda destaca que a revisão da cavidade uterina é contraindicada, sendo outro fator contribuinte a HPP [30].

Em relação à cesárea, sabe-se que quando é realizada durante o período expulsivo apresenta maiores chances de ocorrer complicações maternas, com risco de perda sanguínea maior que 1000 ml [31]. É observado em um estudo, que as pacientes que passam pelo trabalho de parto com a ocitocina exógena e são encaminhadas para cesárea, necessitam de maiores doses de ocitocina para contração uterina após a cirurgia [32]. Ressalta-se que o uso contínuo da ocitocina nas células do miométrio estabelece uma capacidade de resolução diminuída [33].

Outro fator de risco em desenvolver HPP foram as síndromes hipertensivas. Um estudo evidenciou que o desfecho clínico de 99 pacientes que apresentaram pré-eclâmpsia, 76 foram para cesáreas e destes, 8 evoluíram para HPP [34]. Em outro estudo com pacientes que apresentaram síndromes hipertensivas, a ocorrência de hemorragia puerperal foi de 27%. Das que realizaram cesárea, 31% evoluíram para HPP e dos partos normais 23%, dos quais mais da metade destes foi realizada a episiotomia. Como conclusão, apesar da pequena relação entre as duas complicações (síndromes hipertensivas e HPP) quando associadas, podem alcançar resultados insatisfatórios [35].

Na Colômbia, um estudo descreve os resultados perinatais em pacientes que receberam analgesia durante o parto, o qual mostrou que não houve associação do mesmo com a HPP, porém, evidenciou uma maior duração do período expulsivo e um risco aumentado de parto

instrumentado e cesárea [36]. Por sua vez, outro estudo mostrou a diferença dos valores hematimétricos (hematócrito e eritrócitos) no pós-parto espontâneo, advindos de parto sem ou com episiotomia e naqueles com uso de fórceps. Assim, evidenciou maiores valores hematimétricos nos partos sem episiotomia e a diminuição de hemoglobina e surgimento de hemorragia nos partos com fórceps. O mesmo estudo ainda coloca que o risco de óbito por HPP é maior quando está associado com a anemia, pois a tolerância da perda sanguínea é maior nas pacientes que não apresentam esta morbidade [37]. Estudo realizado no Perú mostra que o número de mulheres com anemia pós-parto é maior na cesárea em comparação ao parto vaginal, como também a relação da anemia pós-parto e HPP [38].

Contudo, outro fator de risco encontrado foi a obesidade, como mostrou estudo em Santa Catarina, que relacionou a obesidade à gravidez, no qual demonstrou que hemorragia de grande porte, sangramento excessivo no decorrer do parto com a necessidade de intervenção médica, ocorreu na maioria no grupo de gestantes com Índice de Massa Muscular alto [39].

Um artigo evidenciou que de 56 mulheres que apresentaram HPP, 31% destas não apresentam relação com fatores de risco, pois, apesar da realização do pré-natal de forma efetiva com a identificação das mulheres em risco, ainda ocorrem casos de hemorragia [23,40], corroborando outros dois estudos que colocam que em muitos casos não existem fatores de risco e são imprevisíveis [41,42]. No entanto, outro estudo coloca que o maior percentual da mortalidade por hemorragia na cidade de Itajaí (SC) pode advir da dificuldade em identificar as gestantes com fatores de risco, ausência de serviços referenciados e a falta de captação precoce [43].

Métodos para avaliação da perda sanguínea e complicações na HPP

Estudo que classificou a hemorragia pós-parto, a partir da perda do volume sanguíneo, coloca os sinais clínicos relacionando-os com sua gravidade, pois apenas a perda sanguínea ou valores do hematócrito não representa o estado clínico [23]. Sendo assim, a determinação da quantidade sanguínea perdida é de extrema importância, pois a falta de decisão põe em risco os cuidados necessários frente à HPP, levando a grandes hemorragias, podendo gerar complicações [25,44].

Diferente de outro estudo que coloca que, na ocorrência de uma perda excessiva de sangue, a conduta pode ser realizada por meio dos valores hematimétricos. No entanto, esta quantidade perdida e as dosagens não são procedimentos de rotina no pós-parto [37]. Sendo assim, a HPP ocorre quando a perda sanguínea muda os parâmetros hemodinâmicos, necessitando de transfusão [25].

Em um dos artigos, entre as complicações das hemorragias com necessidade de internação em UTI foi o choque hipovolêmico, presente em 100% dos casos do estudo, seguido de acidose metabólica e hipertermia eletrólita [22]. Porém, as complicações decorrentes de HPP não estão relacionadas apenas com a perda sanguínea, mas também com procedimentos ineficientes para seu cessamento, podendo ser evitadas com manejo adequado em tempo apropriado [45,46].

Prevenção, manejo, tratamento e ação da equipe

Uma forma de prevenção da HPP é a realização da avaliação dos valores hematimétricos, durante a gestação e na assistência ao parto, a fim de evitar possíveis complicações [37]. Estudo sobre a influência do parto ativo na morbidade materna por HPP, considerando aquele parto em que ocorre administração de 10UI ocitocina profilático, corte do cordão umbilical, tração controlada para a saída da placenta e estabilização do útero, ao contrário da conduta expectante, em que os sinais de separação são esperados, com a saída espontânea da placenta, evidenciou nos resultados uma maior porcentagem de transfusão sanguínea em pacientes com manejo esperado, concluindo que o manejo ativo diminui a ocorrência de parto prolongado e previne complicações no pós-parto, como a hemorragia [47]. Entre as intervenções de prevenção descritas no Guia de prática clínica para a prevenção e manejo da HPP, tem-se: manejo ativo, uso de ocitócitos para profilaxia como a administração de ocitocina, na ausência deste, o uso de 600 mcg de misoprostol sublingual e o clameamento do cordão umbilical entre dois a três minutos após o nascimento [48].

Por sua vez, estudo realizado em dois grupos de mulheres nos quais ambos tinham como objetivo a prevenção de HPP, porém com medicamentos diferentes, sendo eles: 10 unidades de ocitocina em 500 ml intravenoso (IV) em um grupo e a carbetocina 100 microgramas em bolus

IV em outro, ambos após o parto. Como resultado, mostrou que as duas podem ser usadas na prevenção de hemorragia puerperal, no entanto, com o uso da carbetocina ocorreram menos casos de anemia e a menor diminuição no valor da hemoglobina após a cesárea [20].

Em um estudo, a sutura B-Lynch foi usada como profilaxia da atonia uterina em pacientes que apresentavam fator de risco para complicações relacionadas à HPP. Desta forma, todas receberam 10UI de ocitocina intramuscular (IM), mas em 40% foi usada a sutura juntamente com medicação adicional para o tônus muscular sendo elas: ocitocina em infusão, metergin ou misoprostol, no qual evidenciou que em 60% apenas a sutura foi suficiente não apresentando nenhum caso de HPP [49].

Entre os cuidados gerais para o manejo da HPP inclui: a massagem uterina, uso de medicamentos profiláticos uterotônicos, acompanhamento ativo do parto e a reposição de volume perdido. No entanto, mesmo sendo realizados por profissionais habilitados e qualificados, existem casos em que não é possível o cessamento da perda sanguínea, sendo necessário uma ação cirúrgica [50].

Todavia, outro estudo que evidenciou 16% de HPP mostrou que a conduta utilizada no seu manejo foi a prescrição de sulfato ferroso (100%) e ocitocina adicional em 29% dos casos, no entanto apenas um caso (14%) necessitou de ergot e hemotransfusão [35].

Entre as medicações mais usadas nos casos de HPP, evidenciou-se, em um dos estudos, a ocitocina juntamente com prostaglandinas (36%), administração de cristalóides em 88% [23]. Já em outro estudo, quanto aos fármacos utilizados para o controle da hemorragia, 47,4% necessitaram apenas de ocitocina, 21% associaram a ocitocina com ergonovina e 31,6% associaram as duas medicações anteriores mais o misoprostol [51].

Contudo, estudo mostrou que o uso de misoprostol sublingual juntamente com o retal foi o tratamento mais efetivo, com resolução do quadro hemorrágico no primeiro minuto em 89% das mulheres, e o menos efetivo, somente misoprostol via retal [25].

Em um estudo da Venezuela com acompanhamento ativo das mulheres em trabalho de parto, houve administração de misoprostol após o nascimento, tração do cordão e massagem uterina. Foram usadas três diferentes doses de misoprostol sublingual sendo elas: 200, 400 e 600, tendo como resultado os mesmos benefícios e eficiência em ambos [52]. O tempo entre a administração e concentração máxima com o uso do misoprostol por via sublingual é menor, portanto é vantajoso no quadro de HPP, por apresentar uma rápida ação, porém é relatado maiores efeitos colaterais comparado a outras vias [53].

Estudo da Colômbia com 35 pacientes que apresentaram HPP, em 10 mulheres o uso da ocitocina foi suficiente para controlar o sangramento, em 7 pacientes além da ocitocina foi também administrado metilergovina e em 12 foi utilizado o misoprostol via retal juntamente com as outras duas medicações. Destes 35 pacientes, em 6 deles foram usadas outras intervenções, em 4 foi realizado o tamponamento e em 2 o uso de suturas e histerectomia subtotal [54].

Um estudo relata o caso de uma gestante com hipertensão induzida pela gravidez, a qual foi encaminhada para a cesárea de emergência e evoluiu para a hemorragia pós-parto. Como intervenção foi realizada a hemostasia e tratamento farmacológico com ocitocina e prostaglandinas, não cessando o sangramento. Após este tratamento foi usado a dexmedetomidina, a qual tem efeito no tônus muscular, diminuindo o sangramento como também a pressão arterial [55].

O uso de intervenção cirúrgica em que o útero é mantido conservado é uma opção para o tratamento da HPP, reduzindo a perda sanguínea em mais da metade dos casos, como também a preservação da fertilidade, entre elas: tamponamento uterino, uso de suturas compressivas, ligaduras das artérias e embolização arterial [56,57].

Cabe salientar que em outro estudo, a hemorragia não resolvida com medicamentos ocitócitos, utilizou a sutura compressiva de Hayman por ser uma técnica que não requer muito tempo, com maiores benefícios em relação a outras técnicas e menor agressividade uterina [25]. Já em outra pesquisa, para o tratamento cirúrgico é usado o balão hemostático em casos de sangramento [58]. Em um estudo, como intervenção em frente à HPP, foi usada a sutura de B-Lynch ou a sutura juntamente com a ligadura da artéria, tendo uma porcentagem de 91,7% de casos resolvidos com estas técnicas [59].

Outra forma de cessar o sangramento após o tratamento inicial é o tamponamento uterino, sendo a hemorragia controlada em mais de 95%, minimizando realização da histerectomia como também do óbito materno. No estudo destacou que a presença de equipe treinada para a detecção do risco de HPP no tempo certo, realizar-se-á o tamponamento e com segurança [28].

Um artigo de revisão sobre o uso de balões intrauterinos no controle da HPP, coloca que os balões devem ser usados quando o tratamento farmacológico não cessa o sangramento, sendo também que podem ser usados tanto após o parto normal ou cesariana [60].

Um estudo, no qual as pacientes passaram pela ligação das artérias, mostrou que de 27 mulheres, apenas em três casos a técnica não foi suficiente e necessitou de histerectomia. Assim, a ligadura das artérias hipogástricas é um método conservador e eficaz na HPP, em relação à histerectomia, e é levado em consideração em casos de no qual o tratamento farmacológico e cirúrgico foi insuficiente, a histerectomia é uma ação apropriada e segura [29-61].

A transfusão sanguínea também é necessária em alguns casos de hemorragia, no entanto um dos artigos de revisão sobre a recusa da transfusão por gestantes e puérperas testemunhas de Jeová coloca como conclusão que se tem aumentado outras intervenções na obstetrícia, a fim de não realizar a transfusão [62].

Um fator de extrema importância na duração do trabalho de parto é o cuidado da equipe a parturiente. Na Colômbia, um estudo coloca que quando a enfermeira não realiza cuidados que promovem bem-estar, a duração do trabalho de parto e parto podem ser maiores [63].

Portanto, para evitar a HPP é primordial uma equipe competente, prevenindo assim complicações diante do quadro de HPP [30]. No Peru, um estudo com 69 mulheres que realizaram histerectomia evidenciou que as possíveis complicações relacionadas a hemorragia podem não ser evitadas mesmo com um pré-natal eficiente, pois para a prevenção da HPP é importante o reconhecimento pela equipe do risco obstétrico [50]. Cabe ressaltar não apenas as técnicas usadas pela equipe como também a segurança do profissional para realizar as intervenções necessárias de forma rápida e eficaz, com o objetivo de melhores resultados na assistência [64].

Conclusão

A HPP é uma das complicações mais temidas na obstetrícia, no entanto, diante da pesquisa foi possível observar o número reduzido de estudos por profissionais da enfermagem, pois são profissionais de extrema importância tanto na detecção quanto ao manejo da HPP, sendo também que se trata da principal causa de mortalidade materna no mundo. É preciso o conhecimento dos principais fatores de risco envolvidos durante a gestação, parto e pós-parto, de forma a preveni-la. Porém, cabe ressaltar que apesar da presença de uma equipe treinada e qualificada, nem sempre os fatores podem ser identificados por isso a importância de uma prática clínica com cuidados imediatos para o diagnóstico de hemorragia puerperal e conseqüentemente com o tratamento adequado, com o objetivo de cessar o sangramento e prevenir outras complicações, reduzindo a mortalidade materna.

Referências

1. Dias JM, Oliveira APS, Cipolottir, Monteiro BKS, Pereira RO. Maternal mortality. Rev Med Minas Gerais 2015;25(2):168-74. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
3. Gaffey MF, Das JK, Bhutta ZA. Millennium Development Goals 4 and 5: past and future progress. Semin Fetal Neonatal Med 2015;20(5):285-92. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.07.001>
4. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
5. Souza JP. Maternal mortality in Brazil: the need for strengthening health systems. Rev Bras Ginecol Obstet 2011;33(10):273-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001100006>
6. Matias JP, Parpinelli MA, Nunes MKV, Surita FGC, Cecatti JG. Comparação entre dois métodos para investigação da mortalidade materna em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet 2009;31(11):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001100006>

7. Romero JAB, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, departamento de la Guajira, Colombia. estudio descriptivo año 2016. *Enfermería: Cuidados Humanizados* 2017;6(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369>
8. Periard AM, Rezende BM, Segundo EV, Cosso FMG, Lopes JRB, França MA, et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais* 2011;21(4 Supl 6):S1-S143.
9. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. 2014. Disponível em: https://who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf
10. Alves ALL, Silva LB, Melo VH. Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós-parto. *Femina* 2014;42(6). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4827.pdf>
11. Shashank S, Neena R, Singh JR. A prospective randomized study comparing maternal and fetal effects of forceps delivery and vacuum extraction. *J Obstet Gynaecol India* 2013;63(2):116-9. <https://doi.org/10.1007/s13224-012-0282-1>
12. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol* 2009;113(6):1313-9. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a66b05>
13. Moraes DN, Rezende FB, Magalhães FA, Freitas SP, Linhares MC, Santos FFA, et al. Hemorragia pós-parto. *Rev Med Minas Gerais* 2009;19(4 Supl 3):S34-S7. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1098>
14. Quiñones JN, Uxer JB, Gogle J, Scorza WE, Smulian JC. Clinical evaluation during postpartum hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53(1):157-64. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181cd5d36>
15. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. 2009. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241598514/en/
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 477/2015 de 15 de abril de 2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília: COFEN; 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html
17. Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Bruggemann OM, Drake E. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. *Rev Latinoam Enferm* 2013;21(3):711-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>
18. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Departamento de Informática do SUS. [citado 2017 set 5]. Disponível em: <http://www.tabnet.sesa.pr.gov.br/tabnetsesa/dh?sistema/sim99diante/obito>
19. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm Porto Alegre (RS)* 2012;33(2):8-9. [citado 2017 set 5]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/94920?locale-attribute=en>
20. Díaz BN, Samper NC, Medina NC, Díaz LF, Jover AM, Ingelmo JMR. Oxitocina frente a carbetocina para prevenir hemorragias posparto tras cesárea. *Rev Peru Ginecol Obstet* 2013;30(1). [citado 2017 Abr 16]. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100009&lng=es
21. Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Júnior EFS, Guimarães FF, Muniz HG. Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto. *Rev Med Minas Gerais* 2010 20(2 Supl1):S114-S116.
22. Balmaseda AG, Pérez YM, Martínez MER. Caracterización de la hemorragia obstétrica grave en terapia intensiva. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río* 2016;20(4):426-33.
23. Bustillo MC, Aguilar NM. Hemorragia postparto por causas diferentes a atonia uterina severa en el hospital escuela universitario de Tegucigalpa. *Rev Fac Cienc Méd* 2013. [citado 2017 set 5]. Disponível em: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2013/pdf/RFCMVol10-2-2013-4.pdf>
24. Cabrera YH, Águila LC, Hernández MR. Aplicación de suturas compresivas de Hayman ante hemorragia obstétrica postparto. Presentación de un caso. *Medisur* 2017;15(2):261-5.

25. Sánchez AML. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2014;40(2):145-54.
26. Oliveira AN. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlado. *Rev Port Med Geral Fam* 2013;29:151-9.
27. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Junior JA, Braga A et al. Cesariana a pedido materno. *Rev Col Bras Cir* 2016;43(4):301-10. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>
28. Oviedo YR, Vera EAL, Cruz JJB, Salazar GJM. Eficacia y seguridad del taponamiento uterino para control de hemorragia y disminución de histerectomía obstétrica. cohorte histórica en Nuevo León, México, 2013. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2015;66:186-194. <https://doi.org/10.18597/rcog.23>
29. Hoz FJE, Cortés O EZ, Santiago LO. Ligadura de arterias hipogástricas en hemorragia postparto severa. *Ces Medicina* 2016;30(1):26-34.
30. Vilarreal ALC, López JCP. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. *Enfermería Universitaria* 2013;10(1):21-26.
31. Alkire BC, Vincent JR, Burns CT et al. Obstructed labor and caesarean delivery: the cost and benefit of surgical intervention. *PLoS ONE*. 2012;7(4): e34595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034595>
32. Pérez A, Kattan E, Lacassie HJ. Dosis efectiva 90 de oxitocina profiláctica en infusión luego del alumbramiento durante operación cesárea en pacientes en trabajo de parto o cesárea primaria: Un estudio dosis-respuesta con distribución secuencial arriba-abajo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017;82(1):84-6. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262017000100013>
33. Lavoie A, McCarthy RJ, Wong CA. The ED90 of prophylactic oxytocin infusion after delivery of the placenta during cesarean delivery in laboring compared with nonlaboring women: an up-down sequential allocation dose-response study. *Anesthesia and Analgesia* 2015;121:159-64. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000781>
34. Santos BCL, Souza LNB, Coutinho HHO, Almeida LL, Rios LLG, Lavareda PHB et al. Importância da implementação de protocolos de ação na pré-eclâmpsia. *Rev Med Minas Gerais* 2015;25(4):502-10. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150114>
35. Ruiz MT, Azevedo CT, Ferreira MBG, Mamede MV. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto. *Rev Gaúcha Enferm* 2015;36(esp):55-61. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56776>
36. Gutiérrez DLP, Chamorro JAE, Gutiérrez WEP, Clavijo CAL, Flórez REH. Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. *Iatreia* 2016;29(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n3a01>
37. Gabrielloni MC, Armellini CJ, Barbieri M, Schirmer J. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. *Acta Paul Enferm* 2014;27(2):186-93. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400032>
38. García OM, Rodríguez KP. Estudio retrospectivo sobre concentración de hemoglobina y factores asociados a la anemia posparto en primigestantes menores de 30 años de Lima, Perú, 2010. *Médicas UIS* 2017;30(2):37-44. <https://doi.org/10.18273/revmed.v30n2-2017004>
39. Silva JC, Amaral AR, Ferreira BS, Petry JF, Silva MR, Krelling PC. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(11):509-13. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005024>
40. Prata N, Hamza S, Bell S, Karasek D, Vahidnia F, Holton M. Inability to predict postpartum hemorrhage: insights from Egyptian intervention data. *BMC pregnancy and Child Birth* 2011;11:97. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-97>
41. Kovacs JR, Veroes J, González L, Blanco MG, Bello F. Uso del balón SOS Bakri en atonía uterina. Serie de casos en un hospital universitario de tercer nivel. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2013;73(2):88-98.
42. Delaney L, Pozza L, Cunha B, Schreiner L. Hemorragia pós-parto. *Acta Méd (Porto Alegre)* 2016;37(7). [citado 2018 Mai 2]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883008>
43. Martins HEL, Souza ML, Salazar MAA. Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(5):1025-30. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500003>

44. Flores MLM, Ahumada IE, Mantilla DNO, Alarcón CEO, Rosales JDP, Arrieta LP. Hemorragia posparto y ascariasis: presentación de un caso. *Salud Uninorte*. Barranquilla 2013;29(1):134-8.
45. Qureshi Z, Lubano K. Momento de la administración de agentes uterotónicos profilácticos para el alumbramiento después de parto vaginal. Ginebra: OMS; 2011. [citado 2018 Mai 2]. Disponible em: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage-4>
46. Nápoles MD. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. *Medisan* 2012;16(7):30p. [citado 2018 Mai 2]. Disponible em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013
47. Fernández AS, Pérez VG, Cid IL, Iglesias GR, Gámez AMA. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. *Rev Cub Med Mil* 2013;42(3):258-367.
48. Alianza Cinets. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2013;64(4):425-52.
49. González All, Serrano RDF, Irías YE, Urbina MCB. Sutura b-lynch modificada como profilaxis en pacientes con riesgo para hemorragia posparto. *Serie de casos. Rev Med Hondur* 2016;84(1).
50. Cabrera JR, Ramos SC, Siccha GC, Chomba MP, Morales CP. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2017;63(1):27-33.
51. Rodríguez NA, Arce RC, Hidalgo EC, López JB, Cernuda IM, Cabrera PC. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2013;39(2):128-34.
52. Salazar DS, Olivar FA, Carpio IEP, Blanco MG. Misoprostol en la conducta activa en el tercer período del parto: dosis mínima efectiva. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2015;75(3):155-63.
53. Pacheco FHM, Benítez CPZ. Reporte de caso y revisión de la literatura: hiperpirexia como efecto secundario posterior a la administración de misoprostol por vía sublingual en el manejo de la hemorragia posparto. *Rev Colomb Anestesiol* 2013;41(1):65-8. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.08.004>
54. García LFL, Fernández DPR, Cerón CGZ, Romero JAR. Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia, 2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2017;68(3):218-27. <https://doi.org/10.18597/rcog.2916>
55. Hariharan U. Hemorragia pós-parto e hipertensão induzida pela gravidez durante cesariana de emergência em segmento uterino inferior: dexmedetomidina para nosso resgate. *Rev Bras Anestesiol* 2017;67(5). <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.12.002>
56. Mostfa AA, Zaitoun MM. Safety pin suture for management of atonic postpartum hemorrhage. *ISRN Obstet Gynecol* 2012;2012:405-795. <https://doi.org/10.5402/2012/405795>
57. Belfort AM. Overview of postpartum hemorrhage. Base de datos Uptodate. 2013 [citado 2018 mai 2]. Disponible em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>
58. Novak AP, Vania VGM, Ibeth VPL. Dispositivo para la hemorragia puerperal (balón hemostático). *Rev Cient Cienc Méd* 2013;16:(1).
59. Guzman SC, Narváez BP, Lattus OJ, Seguel AA, Soledad GL. Sutura de B-Lynch en hemorragia postparto por inercia uterina. *Experiencia Hospital Dr. Luis Tisné Brousse* 2013-2016. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017;82(5).
60. Alves ALL, Silva LB, Melo VH. Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto. *Femina* 2014;42(4).
61. Peña RLC, Varela ILP, Figueroa GAC. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2013;64:(2);121-5.
62. Bezerra APA, Cesar MB, Lara SRG. Recusa a transfusão de sangue por gestantes e puérperas Testemunhas de Jeová. *Rev Min Enferm* 2015;19(4):1043-51. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150078>

63. Franco CCA. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan* 2013;13:(1).
64. Nomura RMY, Novoa VANN, Pimenta BSO, Nakamura M, Moron AF. Validação de questionário para avaliar a vivência e autoconfiança nas emergências na assistência ao parto vaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(11):519-24.
<https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005100>