

RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

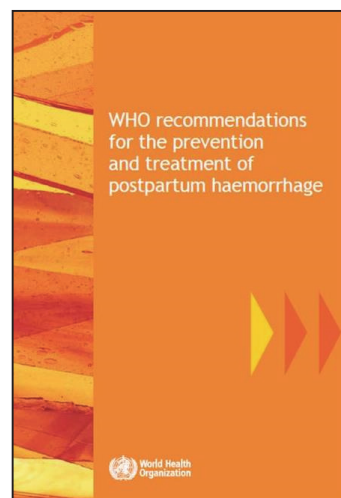
Destaques e principais mensagens das novas recomendações globais de 2012

Antecedentes

Apesar do progresso feito nos últimos anos na redução do número de mulheres que sofrem morbidade ou mortalidade devido à hemorragia pós-parto (HPP), ela continua sendo a causa direta mais comum de morte materna em países de baixa renda. A maioria dessas mortes pode ser evitada por meio do uso de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e por meio da gestão adequada em tempo hábil.

Em março de 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma consulta técnica sobre a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto para revisar as evidências atuais e para atualizar as diretrizes de HPP publicadas anteriormente.¹ As novas diretrizes combinam documentos anteriores para abordar a prevenção e o tratamento, reconhecendo a importância da atenção integrada.

Este informe resume as principais mensagens das novas diretrizes da OMS, com destaque para as alterações e para as melhores práticas recomendadas. Foi concebido com o objetivo de auxiliar os formuladores de políticas, gestores de programas, educadores, provedores de cuidados e todas as pessoas envolvidas na assistência prestada às mulheres na hora do parto para assegurar maiores esforços no domínio da prevenção e gestão da HPP. Todas as atividades para a prevenção da HPP devem ser realizadas dentro de um pacote abrangente de intervenções para prevenir e gerenciar a HPP, durante os cuidados contínuos domésticos e hospitalares.



Reafirmando e refinando a prática recomendada para a prevenção da HPP

- **A gestão ativa da terceira fase do parto (AMTSL) ainda é considerada a prática recomendada, com o uso de uterotônicos sendo agora o elemento mais essencial.**
- **Todas as mulheres no momento do parto devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da HPP.** Evidências recentes confirmaram a

Gestão ativa da terceira fase do parto (2012)

- Um uterotônico, preferivelmente a ocitocina, 10 IU IM imediatamente após todos os partos, incluindo partos via cesárea (*recomendado*)
- Clampeamento tardio do cordão umbilical (1-3 minutos após o nascimento) (*recomendado*)
- Tração controlada do cordão para a expulsão da placenta (*opcional*)
- Massagem do fundo uterino (*opcional*)
- Avaliação regular e frequente do tônus uterino pela palpação do fundo uterino após a expulsão da placenta (*recomendado*)

Consulte o informe da OMS "AMTSL: as novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação" para discussão mais aprofundada da gestão ativa da terceira fase do parto (AMTSL).

¹ WHO. 2012. *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO: Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/index.html.

eficácia da administração de um uterotônico, que faz o útero contrair e, desse modo, reduzir a duração da terceira fase e o risco de HPP. Consulte o informe 2012 da OMS com o título “*Gestão ativa da terceira fase do parto: as novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação*” para obter mais informações.

- **A ocitocina continua sendo o uterotônico eleito para a gestão ativa da terceira fase do parto.** A ocitocina (10 IU, IM ou IV) é o uterotônico preferido com base em estudos sobre a segurança e eficácia dos uterotônicos. Ela também é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP durante as cesáreas.
- **Se a ocitocina não estiver disponível, os fármacos que devem ser administrados são ergometrina ou misoprostol.** Como os uterotônicos são muito importantes para a prevenção da HPP, outros uterotônicos como a ergometrina injetável ou misoprostol oral (600 mcg) deverão ser fornecidos se a ocitocina não estiver disponível.
- **Outros elementos da gestão ativa da terceira fase do parto são opcionais para a prevenção da HPP, como a tração controlada do cordão e a massagem imediata do fundo uterino.** Evidências recentes demonstraram que há poucos benefícios adicionais de ambas as práticas para a prevenção da hemorragia. Para obter mais informações, consulte o informe 2012 da OMS com o título “*Gestão ativa da terceira fase do parto: as novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação*”.
- **Se um profissional de assistência ao parto qualificado não estiver presente e não houver ocitocina disponível (como acontece no parto realizado em casa), os trabalhadores da saúde leigos devem administrar 600 mcg de misoprostol oral.** As mulheres que têm um parto sem a presença de um profissional de assistência ao parto qualificado também precisam de um uterotônico para prevenir a HPP, por isso, deve ser administrado misoprostol oral por um trabalhador comunitário da saúde ou assistente de parto que esteja presente. A OMS recomenda pesquisas adicionais sobre a distribuição avançada de misoprostol durante o período pré-natal para a autoadministração durante a terceira fase do parto para partos realizados em casa sem um profissional de assistência ao parto qualificado.
- **O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) continua sendo recomendado para reduzir a anemia infantil, dando início simultaneamente aos cuidados essenciais ao recém-nascido.** O clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) somente é recomendado no caso de um neonato estar asfixiando e precisar ser encaminhado imediatamente para reanimação. O clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado especialmente para partos prematuros e até mesmo para bebês nascidos de mulheres soropositivas.

Quando a ocitocina não está disponível
Embora a ocitocina seja o fármaco eleito para a prevenção e tratamento da HPP, nem sempre é viável em situações com baixos recursos porque ele requer refrigeração, equipamento estéril para injeção e um provedor de cuidados de saúde qualificado. As novas recomendações reconhecem isso de duas maneiras:

- Quando não há ocitocina disponível, devem ser usados outros uterotônicos injetáveis ou misoprostol oral (600 µg).
- Quando não é possível contar com a assistência de profissionais de assistência ao parto qualificados e não há ocitocina disponível, os trabalhadores comunitários da saúde e os trabalhadores da saúde leigos devem administrar misoprostol (600 µg PO) para prevenir a HPP.

PREVENÇÃO DA HPP POLÍTICA E AÇÕES DE PROGRAMA PARA INCORPORAR NOVAS DIRETRIZES	
Recomendação da OMS 2012	Política/ação de programa
A ocitocina é o uterotônico eleito para a gestão ativa da terceira fase do parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a disponibilidade da ocitocina e sua estocagem adequada em um ambiente fresco em todas as instalações de saúde onde ocorrem partos. • Monitorar a inexistência de estoques de ocitocina. • Avaliar a qualidade da ocitocina nas situações em que há preocupações sobre a cadeia de resfriamento e estocagem. • Continuar a promover a gestão ativa da terceira fase do parto nas políticas nacionais, incluindo o apoio à prática da gestão ativa da terceira fase do parto em todas as

PREVENÇÃO DA HPP POLÍTICA E AÇÕES DE PROGRAMA PARA INCORPORAR NOVAS DIRETRIZES	
Recomendação da OMS 2012	Política/ação de programa
	<p>maternidades do sistema de saúde e por todos os quadros com competências obstétricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar colegas sobre o fato de outros elementos da gestão ativa da terceira fase do parto serem opcionais para a prevenção da HPP, como a tração controlada do cordão e a massagem imediata no fundo uterino. • Assegurar que a gestão ativa da terceira fase do parto seja incluída em todos os currículos de treinamento em serviço e pré-serviço dos quadros de profissionais de assistência ao parto qualificados. • Assegurar a existência de sistemas para monitorar e acompanhar a implementação da gestão ativa da terceira fase do parto. • Adicionar o Indicador de cobertura de uterotônicos profiláticos² como um indicador de processo para programas nacionais.
<p>Em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC é recomendada para partos vaginais se o provedor de cuidados e a parturiente considerarem importante uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do parto. Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC <u>não</u> é recomendada. (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que o treinamento e os sistemas de ensino continuem a incluir a componente de TCC em programas de treinamento. • Se a prioridade nacional é disponibilizar serviços de prevenção da HPP para mulheres que não são assistidas por um profissional de assistência ao parto qualificado na hora do parto, o objetivo do programa será promover somente o uterotônico (misoprostol ou ocitocina em Uniject®), mas não deverá incluir a TCC no pacote.
<p>O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que os protocolos clínicos nos cuidados essenciais obstétricos e ao recém-nascido abordem o clampeamento tardio do cordão umbilical, inclusive durante os partos via cesárea.
<p>A massagem uterina sustentada <u>não</u> é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a prática não seja incluída em políticas nacionais ou currículos de treinamento.
<p>A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a prática esteja incluída em políticas nacionais ou currículos de treinamento.
<p>Os trabalhadores comunitários da saúde ou leigos devem administrar misoprostol quando não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis (como nos casos dos partos realizados em casa). (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer políticas e programas nacionais a fim de garantir uma cobertura de 100% de uterotônicos para todas as mulheres imediatamente após o parto, quer o parto seja realizado em casa ou em uma instalação de saúde. • Treinar quadros comunitários para administrar misoprostol nos partos realizados em casa. • Adquirir misoprostol suficiente para distribuição aos trabalhadores comunitários da saúde treinados. • Apoiar e monitorar quadros comunitários para administrar misoprostol nos partos realizados em casa.
<p>A ocitocina (IV ou IM) é o uterotônico recomendado para prevenir a HPP em partos via cesárea. (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que os hospitais tenham um protocolo para a administração de uterotônicos durante a cesárea. A ocitocina pode ser administrada via IV existente, desde que seja feito um esforço no sentido de fazer a solução produzir efeito rapidamente.
<p>A tração do cordão umbilical é o método recomendado para a remoção da placenta nos casos de cesárea. (NOVA em 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os provedores de cuidados devem ser treinados para remover a placenta por meio da tração do cordão, em vez da extração manual, a qual era comumente realizada no passado.

² É sugerido que o indicador seja calculado como o número de mulheres que recebem uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto dividido por todas as parturientes.

Reafirmando e refinando a prática recomendada para o tratamento da HPP

As novas diretrizes substituem as *Diretrizes da OMS para a gestão da hemorragia pós-parto e placenta retida* de 2009. As atualizações baseadas em evidências recentes incluem:

- **A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP.** Inicie a massagem uterina imediatamente após a identificação de sangramento excessivo/atonía uterina.
- **Somente a ocitocina intravenosa continua sendo o fármaco uterotônico recomendado para o tratamento da HPP.** A ocitocina IV é o fármaco eleito de primeira linha em detrimento de outros fármacos (ergometrina e prostaglandinas), inclusive para as mulheres que já o receberam para prevenir a HPP.
- **Se a ocitocina intravenosa estiver indisponível ou se o sangramento não responder à ocitocina, deverá ser administrada uma dose de ergometrina intravenosa, uma dose fixa de ocitocina e ergometrina ou um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 mcg).** Esta é uma recomendação atualizada que considera as 3 opções de segunda linha, incluindo prostaglandinas.
- **Se a HPP persistir:**
 - O uso do **tamponamento intrauterino com balão** é recomendado para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina. Esta recomendação é agora mais forte do que as diretrizes anteriores. Ela pode ser usada em mulheres que não respondem aos uterotônicos ou no caso de não haver uterotônicos disponíveis. Este procedimento pode potencialmente evitar a cirurgia e é adequado durante o período de espera para transferência para uma instalação de saúde de nível superior.
 - O uso da **embolização da artéria uterina** é recomendado como tratamento para a HPP resultante da atonia uterina, caso outras medidas tenham falhado. Esta recomendação é agora mais forte do que as diretrizes anteriores.
 - Se o sangramento não parar apesar do tratamento (usando uterotônicos e outras intervenções disponíveis), o uso de **intervenções cirúrgicas** é recomendado.
- **Para mulheres com HPP e aguardando transferência, as seguintes ações são recomendadas como medidas temporárias até que seja disponibilizada a atenção adequada:**
 - O uso da **compressão uterina bimanual** para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. Esta recomendação é agora mais forte do que as diretrizes anteriores.
 - O uso da **compressão externa da aorta** para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal.
 - O uso de **vestuário não pneumático antichoque** (em inglês, NASGs). Esta recomendação é nova. Há pesquisa em andamento para avaliar os potenciais benefícios e prejuízos do vestuário não pneumático antichoque para o tratamento da HPP.
- **Para uma placenta retida, a ocitocina IV/IM (10 IU) em combinação com a TCC ainda é recomendada.** A ergometrina ainda não é recomendada. Embora as diretrizes de 2009 incluíssem a injeção de ocitocina na veia intraumbilical como tratamento para a placenta retida, a versão atualizada conclui que há evidência insuficiente para recomendar sua utilização.

TRATAMENTO DA HPP: POLÍTICA E AÇÕES DE PROGRAMA PARA INCORPORAR NOVAS DIRETRIZES	
Recomendação da OMS 2012	Política/ação de programa
Se a ocitocina intravenosa estiver indisponível ou se o sangramento não responder à ocitocina, é recomendado o uso da ergometrina intravenosa, uma dose fixa de ocitocina e ergometrina ou um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg). (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias quaisquer alterações nas diretrizes nacionais, no entanto, caso um processo de atualização de diretrizes seja planejado, o tratamento poderá ser simplificado para remover distinções de segunda e terceira linha.
Se as mulheres não responderem ao tratamento com uterotônicos ou se os uterotônicos não estiverem disponíveis, é recomendado o uso do tamponamento intrauterino com balão para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar diretrizes nacionais para garantir a inclusão do uso do tamponamento com balão. • Revisar currículos de treinamento para assegurar que os provedores de cuidados sejam treinados para usar o tamponamento com balão. • Adquirir tamponamentos; adaptar às situações com baixos recursos, conforme necessário.
Caso outras medidas tenham falhado e caso os recursos necessários estejam disponíveis, é recomendado o uso da embolização da artéria uterina como tratamento para a HPP resultante da atonia uterina. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar diretrizes nacionais para assegurar a disponibilização deste procedimento nas situações adequadas, considerando os recursos significativos necessários (custo do tratamento, instalações de saúde e treinamento do provedor de cuidados).
O uso da compressão uterina bimanual é recomendado como medida temporária até que a atenção adequada seja disponibilizada para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar diretrizes nacionais para assegurar que esta prática seja incluída. • Revisar currículos de treinamento para assegurar o treinamento de provedores de cuidados adequados.
O uso de vestuário não pneumático antichoque é recomendado como medida temporária até que seja disponibilizada a atenção adequada. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar diretrizes nacionais para assegurar que o vestuário não pneumático antichoque seja incluído. • Revisar currículos de treinamento para assegurar que os fornecedores de cuidados sejam treinados para usar vestuário não pneumático antichoque. • Adquirir vestuário não pneumático antichoque; adaptar às situações com baixos recursos, conforme necessário.
Há evidências insuficientes para recomendar o uso da injeção de ocitocina na veia intraumbilical como tratamento para a placenta retida. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar/remover esta prática das diretrizes nacionais, se ela estiver incluída. • Revisar/remover esta prática dos currículos de treinamento, se necessário.
O monitoramento do uso de uterotônicos após o parto para prevenir a HPP é recomendado como indicador de processo para a avaliação programática. (NOVA em 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Adicionar este indicador de processo a programas nacionais. • Assegurar que os dados sejam disponibilizados por meio do HMIS.

Este relatório foi possível graças ao generoso apoio do povo americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), sob os termos de Liderança do Acordo Cooperativo de Associados GHS-A-00-08-00002-00. Os conteúdos são da responsabilidade do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil (MCHIP) e não refletem necessariamente as opiniões da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

O Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil (MCHIP) é a plataforma principal do Departamento para a Saúde Global da USAID para o programa de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). O MCHIP apoia a definição e implementação de programas em áreas como a saúde materna, neonatal e infantil, vacinação, planejamento familiar, malária, nutrição e HIV/SIDA, encorajando fortemente as oportunidades de integração. Apoia também áreas técnicas transversais, como água, saneamento, higiene, saúde urbana e fortalecimento dos sistemas de saúde.