

COMUNICAÇÃO EFETIVA E SEGURANÇA DO PACIENTE NA UTILIZAÇÃO DO CHECKLIST DE ATENDIMENTO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

EIXO TEMÁTICO:

META 2: COMUNICAÇÃO EFETIVA
META 4: PROCEDIMENTOS SEGUROS

AUTORES:

REBECA DE FARIA PINZE DOS SANTOS;
CRISTIANE AKIKO OTAGURO

UNIDADE DE SAÚDE:

CENTRO OBSTÉTRICO. HOSPITAL PÚBLICO NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO. CEJAM – PARTO SEGURO.

INTRODUÇÃO

Um dos indicadores das condições de vida e da assistência em saúde é a mortalidade materna. Situação grave e de violações dos direitos humanos das mulheres, por ser em geral uma tragédia evitável. A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a principal causa de morte e morbidade em todo o mundo. No Brasil, é a segunda causa de morte materna, perdendo apenas para a hipertensão. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, onde estabeleceu como uma das ações o incentivo à criação e utilização de *checklist* (lista de checagem), promovendo uma assistência segura e prevenindo a ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO

Relatar a experiência de enfermeiras obstetras com a utilização do *Checklist* – Sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido por enfermeiras obstetras que atuam num Centro obstétrico de um hospital municipal de São Paulo.

RESULTADOS

Conforme relato das enfermeiras, ter um *checklist* em sala de parto para o atendimento na emergência obstétrica – HPP, promove uma assistência estruturada e eficaz, principalmente por se tratar de uma material de fácil acesso e em linguagem acessível a todas as equipes. Propicia, por consequência um desfecho positivo às pacientes e uma comunicação mais efetiva entre a equipe.

CONCLUSÃO

A utilização de uma lista de sequenciamento para atendimento nas emergências obstétricas como a hemorragia pós-parto favorece uma assistência de qualidade de forma pontual, organizada, estruturada e segura, além de assegurar a realização de cada passo sem esquecimento, previne falhas e facilita a comunicação entre a equipe, aumentando as possibilidades de um desfecho favorável.

<p>1. Ajuda/Avaliação inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbalização clara do diagnóstico para equipe/comunicar paciente Chamar obstetra/anestesiata/enfermeiros imediatamente Estimar gravidade da perda inicial (através dos dados vitais e Índice de choque ou perda sanguínea) Avaliação rápida da causa da hemorragia (tecido, tônus, trajeto, trombina) <p>2. Básico/Medidas gerais iniciais</p> <ul style="list-style-type: none"> Cateterização de dois acessos calibrosos (16 ou 14) e iniciar infusão de SF 0,9% Exames: hemograma/ionograma/coagulograma/fibrinogênio/prova cruzada. Caso grave: lactato e gasometria Oxigenoterapia: (8-10 L/min.) em máscara facial Elevação dos membros inferiores (Posição de Trendelenburg) Monitorização materna contínua Esvaziar bexiga e posicionar sonda vesical de demora (monitorar diurese) Avaliar Antibiotico profilaxia (medicamento e doses habituais) <p>3. Controle da volemia/reposição volêmica</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimar gravidade da perda volêmica (Índice de choque: FC/PAS >0,9; avaliar necessidade de transfusão) Cristaloide: reavaliar a resposta da paciente a cada 250-500 mL de soro infundido Transfusão: se instabilidade hemodinâmica. Considerar após 1500 mL de cristalóide e HPP grave (coagulopatia) <p>4. Determinar Etiologia: (4t- Tônus, Tecido, Trajeto, Trombina)</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar tônus uterino (Palpação uterina) Revisão da cavidade uterina (restos de placenta) Revisão do canal do parto (lesão/hematoma: vagina, colo e segmento uterino – nos casos de cesariana prévia) Avaliar história de coagulopatia (doenças prévias, CIVD, uso de medicamentos: AAS, heparina, warfarin, etc.) <p>5. Específico e adjuvante: tratamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratar a causa específica da hemorragia: vide fluxograma Tratamento adjuvante: Ácido Tranexâmico, 1g, EV, lento, em 10 minutos 	<p>6. Foco na Atonia: se atonia confirmada, associada ou enquanto se procura outro foco</p> <ul style="list-style-type: none"> Massagem Uterina Bimanual (Iniciar imediatamente, enquanto se aguarda o efeito dos uterotônicos) Octocina (SUI EV lento + SF0, 9% 500 mL com 20UI octitócico (4 ampolas) a 250ml/h. Metilergometrina (1 ampola, 0,2mg, intramuscular) Ácido Tranexâmico, 1g, EV lento, em 10 minutos, logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos Misoprostol (800mcg, via retal) Ácido Tranexâmico, 1g, EV lento, em 10 minutos, logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos. Balão de Tamponamento Intrauterino: se falha do tratamento medicamentoso. Avaliar associação com o TAN. <p>7. Geral: Avaliação Pós-Abordagem Inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (Índice de choque) Traje Antichoque Não Pneumático nas pacientes com instabilidade hemodinâmica ou iminência de Transfusão de Hemocomponentes caso seja necessário (basear-se na clínica da paciente) Evitar a Hipotermia. Tax: 15°/15' min na primeira hora. Soro Aquecido. Manta Térmica e/ou Cobertores Se falha tratamento conservador: avaliar tratamento cirúrgico <p>8. Hora De Avaliar Tratamento Cirúrgico/Laparotomia</p> <ul style="list-style-type: none"> Sutura compressiva (ex. B-Lynch, Hayman, Cho) Ligadura de vasos (uterinas e/ou ovarianas, hipogástricas) Histerectomia "Damage Control" (empacotamento abdominal e outros) <p>9. Intensa Observação Pós Hemorragia</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorização rigorosa no pré-parto (ou sala equivalente) nas primeiras 24 horas Não encaminhar paciente para enfermaria (ou equivalente): risco de falha de monitorização rigorosa CTI de acordo com a gravidade
---	--

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018. p.60-61. *Checklist* – Sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto.