

CASO 1: SANGRAMENTO DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

OBJETIVO 1: Citar as principais causas de sangramento da segunda metade da gestação:

A hemorragia obstétrica é uma das principais causas de morbimortalidade materna. As hemorragias no segundo e terceiro trimestres, também conhecidas como “anteparto”, são os sangramentos de origem obstétrica que ocorrem após a 20ª semana de idade gestacional (IG) e antes do parto e que incidem em 4 a 5% das gestações.

- Placenta prévia
- Descolamento prematuro de placenta (DPP)
- Rotura uterina
- Rotura de vasa prévia
- Rotura de seio marginal

OBJETIVO 2: Diferenciar a apresentação clínica e a abordagem diagnóstica dos sangramentos da segunda metade da gestação (DPP, placenta prévia, rotura uterina, rotura de vasa prévia).

• Placenta Prévia:

Definição:

Inserção anômala da placenta entre a apresentação fetal e o colo uterino, a partir da 22ª semana de gestação. Uma das hipóteses na patogênese da PP é a vascularização deficiente da decídua. O endométrio mostra-se muitas vezes alterado pelos processos inflamatórios e atróficos.

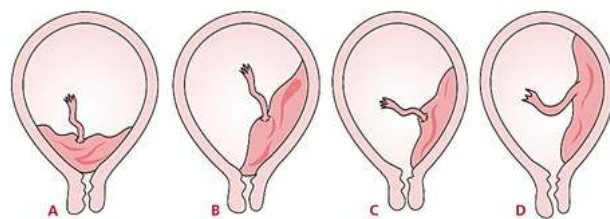


FIGURA 20.1 – Tipos de placentação. (A) Placenta prévia (antes chamada de prévia oclusiva total); (B) placenta prévia (antes chamada de prévia parcial); (C) placenta com implantação baixa (antes chamada de marginal – contato íntimo com o orifício cervical interno); (D) placenta com implantação baixa (antes chamada de baixa – no segmento inferior com proximidade mínima de 2 cm).

REVISÃO

CASO

INTEGRADOR

S5 2026.1



Apresentação clínica:

PREVIA

P= progressivo

R= recorrente

E= espontâneo

V= vivo

I= indolor

A= amolecido

- Sangramento vaginal indolor, recorrente, progressiva, com início e cessar súbitos em 90% dos casos.
- Sangramento vermelho vivo
- Espontâneo
- Recorrente
- Progressivo

Ocorre geralmente na segunda metade da gestação. Em geral, o útero não está contraído e se apresenta elástico. Não há sinais de comprometimento fetal, a não ser que haja complicações, como choque hipovolêmico, descolamento placentário ou acidente com o cordão umbilical. Se a apresentação for cefálica, em geral estará anormalmente alta e móvel.

Exame obstétrico:

Útero de consistência normal e indolor, apresentando tônus normal e BCF preservados.

As condições fetais não se deterioram, a não ser que a hemorragia seja grave e ocorra o choque hipovolêmico.

Exame especular revela sangramento variável proveniente do orifício do colo uterino ou acumulado na vagina.

O toque vaginal, assim como a amnioscopia, deve ser evitado, pois há risco de provocar ou aumentar o sangramento. O toque vaginal pode dar o diagnóstico final, mas só deve ser realizado na iminência do parto e pelo profissional mais experiente da equipe assistencial. O toque mostra como sinal clássico a sensação de massa esponjosa no segmento inferior. A exploração digital deve ser realizada de maneira muito cuidadosa e com a paciente preparada para ir a uma cesariana de urgência.

Diagnóstico:

- Ultrassonografia transvaginal: PADRÃO-OURO (confirma e especifica o tipo de PP)
- Classificação subdividida em: Total, Parcial, Marginal e Lateral
- Confirmação após 26-28 semanas



- Fenômeno de migração placentária pode ocorrer até 28–32 semanas.
- A ressonância magnética não deve ser solicitada para diagnóstico de PP; trata-se de um método reservado para avaliar o grau de acretismo placentário quando este está presente ao exame por US.

Inserção anômala da placenta entre a apresentação fetal e o colo uterino, a partir da 22ª semana de gestação. Uma das hipóteses na patogênese da PP é a vascularização deficiente da decídua. O endométrio mostra-se muitas vezes alterado pelos processos inflamatórios e atróficos.

OBS: A principal complicação da PP é a hemorragia grave, com choque e morte materna. Nos casos de PP em pacientes com cesariana prévia, cresce a possibilidade de acretismo placentário com aumento de morbidade e mortalidade maternas, hemorragia maciça e histerectomia.

Outras complicações associadas à placentação baixa são o DPP, a restrição de crescimento fetal e a placentite. Há aumento da prematuridade, da ruptura prematura de membranas e da hemorragia fetal, com incremento na morbidade e na mortalidade perinatais.

OBS: Diagnóstico diferencial principal é com DPP

• **Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)**

OBS: também pode ser chamada de DPP-NI (Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida)

Definição:

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa, antes do nascimento do feto. O diagnóstico geralmente é reservado para gestações com 20 ou mais semanas de gestação.

Apresentação clínica:

- Sangramento vaginal escuro (Obs: 1 a cada 5 casos não apresenta sangramento vaginal)
- Doloroso
- Útero hipertônico
- Dor abdominal súbita
- Pode haver sangramento oculto

Exame obstétrico:

A palpação abdominal revela aumento do tônus uterino refletindo a chamada consistência lenhosa permanente e hipersensibilidade localizada ou generalizada, além da ausência frequente dos batimentos cardíacos fetais.



Ao toque vaginal:

Deve-se avaliar o grau de perda sanguínea, a ausência de tecido placentário, as condições de cervicodilatação e a integridade da bolsa das águas. Cabe ressaltar que o DPP clássico determina anoxia aguda fetal, não levando à perda de mecônio.

Diagnóstico:

- O diagnóstico baseia-se na sintomatologia. Sendo uma entidade que pode se apresentar sob várias formas de gravidade, o diagnóstico também pode ter graus variados de dificuldade.
- Ultrassonografia não é necessária para confirmação (Quando presente a imagem de hematoma retroplacentário, o valor preditivo positivo supera 80%, porém sua não visualização não o descarta. A sensibilidade geral do método oscila entre 25% a 60%)

GRAU	SINAIS E SINTOMAS	COMPROMETIMENTO MATERNO	COMPROMETIMENTO FETAL
0 (leve)	• Assintomático • Achado casual na US anteparto ou identificação de pequeno hematoma retroplacentário pós-parto	Não	Não
1 (leve)	• Sangramento vaginal discreto • Possibilidade de sensibilidade dolorosa uterina aumentada	Não	Não
2 (moderado)	• Sangramento vaginal visível ou não • Hipertonia e hipersensibilidade uterina dolorosa	Possível	Condição fetal não tranquilizadora
3 (grave) 3A: sem coagulopatia 3B: com coagulopatia	• Sangramento vaginal visível ou não • Útero lenhoso • Dor abdominal intensa	Choque	Óbito fetal



• Rotura Uterina

Definição:

É a separação completa de todas as camadas uterinas, com a saída de parte ou de todo o feto da cavidade uterina. A ruptura pode ocorrer antes ou durante o trabalho de parto.

Apresentação clínica:

- Os sinais de iminência de rotura uterina são importantes e facilitam sua prevenção.

São eles:

- > Contrações excessivamente dolorosas, taqui e hiperssistolia;
- > Palidez, sudorese, agitação;
- > Distensão segmentar:

Sinal de Bandl: Anel fibromuscular transversal no segmento inferior (útero em ampulheta)

Sinal de Frommel: Ligamentos redondos retesados e hipercontraídos.

Diagnóstico:

- É necessário haver uma suspeita, pois os sinais e sintomas podem ser obscuros
- Após a ruptura, pode ocorrer taquicardia reflexa ao sangramento e hipotensão.

- Nos casos de ruptura completa, ocorre parada do trabalho de parto e palpação de partes fetais

livres no abdome, além de subida da apresentação fetal ou a não identificação dela ao toque (sinal de Recasens).

- Clínico

- Uma nova cesariana deve ser sempre considerada em pacientes com cicatriz uterina prévia e falha de progressão do trabalho de parto.

- Confirmação intraoperatória

• Rotura de Vasa Prévia

Definição:

Inserção anômala do cordão com exposição de vasos fetais entre a apresentação fetal e o colo uterino. Os vasos de inserção velamentosa transitam no segmento inferior, adiante da apresentação fetal.

Apresentação clínica:

- Sangramento vaginal após rotura da bolsa
- Hemoâmnio
- Bradicardia fetal súbita

Diagnóstico:

- Suspeita clínica
- Eventualmente pelo toque digital dos vasos junto à bolsa amniótica e pela visualização à amnioscopia.



- Identificação pré-natal por USG com Doppler (quando realizado) -> USG + dopplerfluxometria ou inspeção da placenta no pós-parto.
- O exame será feito se vasos aberrantes sobre o orifício cervical interno forem visualizados a partir do segundo trimestre. A US transvaginal no início do segundo trimestre deve ser feita em pacientes com placenta marginal ou lateral baixa ou com placentas bilobadas e succenturiadas, gestação múltipla, gravidez por fertilização *in vitro* e inserção baixa do cordão como método de rastreio para essa doença.

OBJETIVO 3: Entender os principais fatores de risco e as principais complicações dos sangramentos da segunda metade da gestação.

- **Placenta Prévia:**

Fatores de risco:

- Placenta Prévia
- Fatores de risco
- Multiparidade
- Tabagismo
- Idade materna > 35 anos
- Cesárea anterior
- Endometrites anteriores

Complicações:

- A principal complicação da PP é a hemorragia grave, com choque e morte materna.
- Nos casos de PP em pacientes com cesariana prévia, cresce a possibilidade de acretismo placentário com aumento de morbidade e mortalidade maternas, hemorragia maciça e histerectomia
- Outras complicações associadas à placentação baixa são o DPP, a restrição de crescimento fetal (RCF) e a placentite. Há aumento da prematuridade, da ruptura prematura de membranas e da hemorragia fetal, com incremento na morbidade e na mortalidade perinatais.

OBS: O aumento da possibilidade de acretismo está associado ao aumento do número de cesarianas.

MECANISMO PATOGENÉTICO	FATOR DE RISCO
Dano endometrial	• Cesariana prévia: RC de 2,2 com uma cesariana prévia e de 22,4 com três prévias • História prévia de PP: recorrência de 4-8% • Multiparidade: 0,2% em nulíparas e 5% em multiparas • Idade: 0,03% entre 20-29 anos e 0,25% acima de 40 anos • Procedimentos cirúrgicos prévios: curetagens pós-aborto, curagem placentária, biópsias endometriais, miomectomias • História prévia de endometrite
Baixa nutrição/oxigenação placentária com necessidade de amplitude de superfície	• Tabagismo • Uso de cocaína • Moradia em grandes altitudes • Gestação múltipla: risco de 2,8% em gestação única e de 3,9% em gestação gemelar • Isoimunização Rh
Outras associações, sem relação etiológica definida	• Tratamento de infertilidade • Fetos do sexo masculino • Etnia asiática



• **DPP (DPP-NI):**

Quadro 2 – Fatores de risco associados ao DPP-NI

Fatores de risco sociodemográficos	Idade materna ≥ 35 anos e < 20 anos
	Paridade ≥ 3
	Etnia negra
Fatores de risco na gestação atual	Síndromes hipertensivas
	Trauma
	Distúrbios no líquido amniótico
	Placenta prévia
Fatores de risco em gestação pregressa	Cesárea anterior
	Pré-eclâmpsia
	Descolamento prematuro de placenta

Fonte: traduzido e adaptado de TIKKANEN, 2011.

Complicações:

O comprometimento da microcirculação com hipóxia tecidual e distúrbio metabólico provoca as complicações que se seguem ao DPP:

- Insuficiência hepática.
- Alterações renais (necrose cortical bilateral e necrose tubular, com consequente insuficiência renal aguda, cujo prognóstico depende do tempo de duração do descolamento e da intensidade das alterações hemodinâmicas).
- Síndrome de pulmão de choque (oximetria de pulso, com pressão parcial de oxigênio [PO₂] decrescente, pressão parcial de dióxido de carbono [PCO₂] elevada e edema pulmonar sugerido pelo exame de raio X com opacificação pulmonar).
- Hemorragia intracraniana.
- Hemorragia puerperal.
- Alterações hipofisárias (necrose hipofisária com quadro de pan-hipofisarismo [síndrome de Sheehan]).

Fatores de risco:

- Sociodemográficos e comportamentais
- Idade materna ≥ 35 anos e < 20 anos
- Paridade ≥ 3
- Raça negra
- Mães solteiras
- Tabagismo, uso de álcool e drogas
- Infertilidade de causa indeterminada
- Fatores maternos na gestação atual
- Síndromes hipertensivas – responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos
- Hiper-homocisteinemia
- Trombofilia
- Diabetes pré-gestacional
- Hipotireoidismo
- Anemia
- Malformações uterinas
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionite
- Oligoâmnio/polidrâmnio
- Placenta prévia
- Gestações múltiplas
- Trauma (automobilístico, brevidade do cordão, versão externa, torção do útero gravídico, retração uterina intensa)
- Amniocentese/cordocentese



Fatores maternos em gestações anteriores:

- Cesárea anterior
- Abortamentos
- Pré-eclâmpsia
- Natimorto
- Descolamento prematuro de placenta – aumenta o risco em 3% a 15%

- **Rotura Uterina:**

Fatores de risco:

- Trabalho de parto após cesariana.
- Ressecções prévias de grandes miomas e cirurgias fúndicas (miomectomia)
- Ruptura uterina prévia (completa ou incompleta).
- Síndrome de Marfan
- Doença trofoblástica gestacional
- Parto obstruído
- Manobra de Kristeller
- Uso de misoprostol ou ocitocina em pacientes com cirurgias uterinas anteriores – O uso do misoprostol em pacientes com cicatriz uterina prévia está contraindicado, sendo aceitável apenas no caso de morte fetal no primeiro e início do segundo trimestre da gestação.
- Multiparidade.
- Idade materna avançada (> 35 anos).
- Manobras intrauterinas intraparto

- Superdistensão uterina;
- Intervalo pequeno entre gestações (< 2 anos)
- Desproporção feto-pélvica.

Complicações:

- Hemorragia maciça
- Choque materno
- Morte fetal

- **Rotura de Vasa Prévia:**

Fatores de risco:

- Inserção velamentosa do cordão
- Lobos placentários acessórios
- Gestação gemelar monocoriônica placenta marginal ou lateral baixa ou com placentas bilobadas e succenturiadas,
- Gravidez por fertilização in vitro
- Inserção baixa do cordão

Complicações:

- Exsanguinação fetal
- Óbito fetal rápido

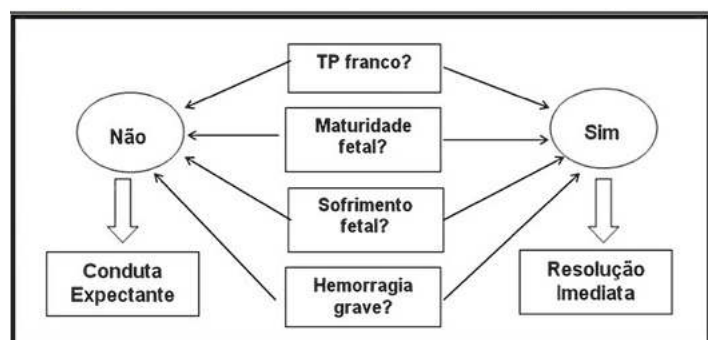
OBJETIVO 4: Sintetizar o manejo nos casos de sangramentos da segunda metade da gestação.

Conduta inicial:

Diante de qualquer sangramento na segunda metade da gestação devem ser adotadas medidas imediatas:

- Avaliação da estabilidade hemodinâmica materna
- Monitorização da vitalidade fetal
- Obtenção de acesso venoso calibroso
- Coleta de exames laboratoriais (hemograma, tipagem sanguínea e coagulograma).

Placenta Prévia:



Fonte: NOMURA, 2021.

Na presença de sangramento intenso, que leve a risco materno e/ou fetal, a interrupção da gestação é mandatória, independentemente da IG.

A condição fetal não tranquilizadora, após a viabilidade fetal, também é indicação de interrupção, assim como gestações acima de 36 semanas.

Após o diagnóstico, a gestante deve ser orientada sobre o risco de sangramento. Mesmo sem sintomas, recomenda-se evitar esforços físicos intensos e relações sexuais, principalmente após 28 semanas, e procurar o hospital caso ocorra sangramento. O acompanhamento é feito com ultrassonografia transvaginal, pois em alguns casos a placenta pode se afastar do colo uterino ao longo da gestação.

A conduta depende principalmente de três fatores: idade gestacional, intensidade do sangramento e presença de trabalho de parto.

Se houver sangramento vaginal ou contrações, a gestante deve ser internada imediatamente para monitorização materna e fetal. Devem ser realizados acesso venoso calibroso, controle frequente dos sinais vitais e exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, tipagem sanguínea e coagulação). Se necessário, devem estar disponíveis hemoderivados. Em gestantes Rh negativo, deve-se administrar imunoglobulina anti-D. Entre 25 e 34 semanas, recomenda-se corticoterapia para maturação pulmonar fetal.



Quando o sangramento é leve e o feto ainda é pré-termo, pode-se adotar conduta expectante, com repouso, vigilância materna e fetal e suplementação de ferro.

Essa estratégia busca prolongar a gestação, pois quanto mais próximo do termo ocorrer o parto, menores serão as complicações neonatais.

A interrupção da gestação está indicada quando há sangramento materno incontrolável, sofrimento fetal, maturidade fetal ou idade gestacional ≥ 37 semanas.

Na maioria dos casos de placenta prévia verdadeira, o parto deve ser realizado por cesárea. Em casos de placenta de inserção baixa, quando não há complicações, pode ser possível o parto vaginal, dependendo da distância da placenta em relação ao colo uterino.

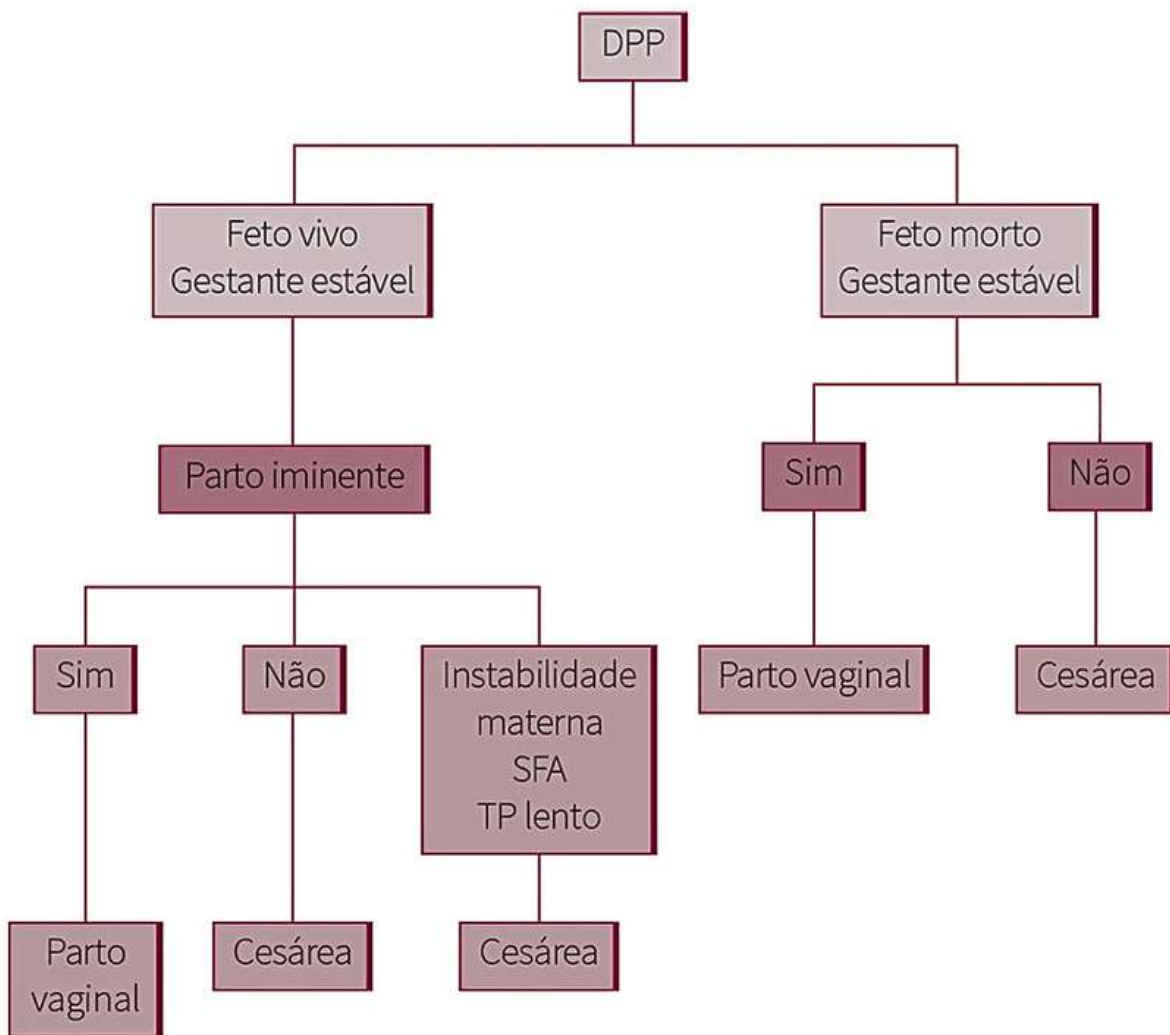
Durante a cesárea, deve-se planejar bem a cirurgia, localizar previamente a placenta por ultrassonografia e ter sangue disponível, pois existe risco aumentado de hemorragia.

- Confirmar diagnóstico por USG
- **INTERNAR**

- Avaliar estabilidade materna e fetal a cada hora (caso vigência de sangramento ativo, recomenda-se obter 2 acessos venosos calibrosos que permitam a reposição de volume para manter a estabilidade hemodinâmica e débito urinário acima de 30mL/h)
- De exames complementares: Tipagem sanguínea, hemograma, avaliação da função renal (ureia e creatinina) e coagulograma
- Se sangramento ativo e gestação a termo $\rightarrow$ resolução imediata (cesárea, no geral)
- Sem sangramento ativo $\rightarrow$ conduta expectante (repouso)
- Programar resolução:
 - Com acretismo: 34 semanas
 - Sem acretismo: 37 semanas

DPP:

- O diagnóstico e a conduta precoce são as únicas formas de minimizar o impacto que o DPP causa nos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal.
- Parto é o tratamento (DPP $\rightarrow$ Direto Para o Parto)
- Solicitar: hemograma, coagulograma, fibrinogênio





- 1.** Avaliação do abdome materno.
- 2.** Avaliação dos sinais vitais e obtenção de acesso venoso calibroso para reposição volêmica no intuito de evitar o choque (no DPP grave, há uma tendência a se subestimar a hemorragia e a necessidade de repor hemocomponentes).
- 3.** Sondagem vesical de demora para controle de volume perdido versus infundido.
- 4.** Solicitação de reserva de hemocomponentes e exames laboratoriais, que poderão incluir função renal e gasometria arterial de acordo com a gravidade do quadro (o teste de Kleihauer-Betke é um exame referido na literatura que identifica, por meio da citometria de fluxo, a presença de células sanguíneas fetais na circulação materna; é pouco utilizado em nosso meio, pois tem sensibilidade 33 de somente 4%)
- 5.** Monitorização fetal contínua, pois o feto está em risco de desenvolver hipóxia e acidose.
- 6.** Na urgência, principalmente no pré-operatório de cesariana, realização do teste do coágulo (teste de Weiner ou de Lee-White), simples e rápido, que consiste em colocar de 5 a 10 mL de sangue da paciente em um tubo de ensaio sem anticoagulante, segurar o tubo, envolvendo-o com a mão, e invertê-lo a cada 30 segundos, por 5 minutos. A incapacidade de formar um coágulo estável sugere hipofibrinogenemia grave (< 150 mg/dL).
- 7.** O tratamento do DPP e de suas complicações depende do esvaziamento do útero grávidico:
 - Feto vivo – Com trabalho de parto bem adiantado, segue-se à amniotomia, podendo-se aguardar o parto por via baixa se este ocorrer rapidamente, sempre sob vigilância contínua e monitorização da FCF. A amniotomia, além de abreviar o parto, diminui o risco de passagem de tromboplastina para a circulação materna.



- Feto morto – A morbidade materna está aumentada na presença de óbito fetal. Devem-se repor a volemia e os fatores de coagulação, restaurar o equilíbrio metabólico e aguardar o parto vaginal em 4 a 6 horas. Quando ocorre o óbito fetal, significa que existe uma grande área de DPP ou que o óbito ocorreu há mais tempo, com maior risco de complicações. A amniotomia e o uso de ocitocina estão indicados para abreviar o trabalho de parto.
- Instabilidade hemodinâmica materna: Se o parto não é iminente, mesmo na presença de morte fetal, pode ser necessária a cesariana para controle rápido do sangramento e estabilização hemodinâmica.

Rotura uterina:

- Laparotomia exploradora imediata (tanto para confirmação do diagnóstico, quanto para rápida instituição do tratamento e controle da hemorragia)
- Havendo síncope no pós-parto imediato, deve-se suspeitar de ruptura uterina, especialmente em casos de hemorragia atribuída à atonia uterina que não responde aos medicamentos habituais para a contração uterina.

- **Rotura de vasa prévia**

- Durante a internação, a administração de corticosteroide para amadurecimento pulmonar do feto entre 28 e 32 semanas de gestação devido ao risco de parto pré-termo é recomendada.
- Imediata da gestação (cesárea)
- As principais sociedades internacionais recomendam a interrupção via alta entre 34 e 37 semanas, pois a taxa de sobrevivência chega a 97% quando a interrupção é realizada em torno das 35 semanas. Não há benefício, e sim acréscimo de risco, após as 37 semanas.

