

Sangramentos da segunda metade da gravidez

É importante identificar a idade gestacional.
DPP e placenta prévia são os que mais caem em prova.

- Descolamento prematuro de placenta.
- Inserção viciosa da placenta (placenta prévia).
- Rotura de vasa prévia: cordão umbilical conectado à placenta.
- Rotura do seio marginal: pedacinho da placenta.
- Rotura uterina.

Placenta

Entre a placenta e o miométrio há a decídua basal.

Cório e âmnio ficam coladinhas... o cordão umbilical se conecta aí...

O sangue do neném fica na cavidade vilositária... e o sangue da mãe vem pela artérias uterinas e ramos cada vez mais finos... ele é jogado no meio da massa placentária... O sangue da mãe não se mistura com o sangue do neném: o do neném está restrito ao espaço vilositário e o da mãe fica ao redor... excetuando-se houver hemorragias. Então, é preciso mecanismos de transporte de substâncias entre o sangue da mãe e do neném.

Veia umbilical: transporta sangue oxigenado.

Artérias umbilicais: transporta sangue não-oxigenado.

Rompimento de veia umbilical: neném morre praticamente instantaneamente.

Rompimento de artéria umbilical: neném consegue sobreviver durante certo período de tempo.

Na cordocendente, há necessidade de puncionar a veia. Sua lesão manda o neném para o caixão.

Extrema periferia da placenta: onde a placenta se encontra com as membranas, forma o seio marginal. Pode haver sangramento nesses pedacinhos.

Local fisiológico de implantação: fundo/corpo do útero.

O cordão normalmente sai do meio da placenta e mede 60-70 cm.

A placenta pode não estar inserida no local correto.

Pode-se formar um coágulo entre a placenta e o útero.

Se a placenta começar a descolar → forma-se um coágulo atrás da placenta → coágulo não tem para onde ir e cresce → reação de hipertonia... sofrimento fetal...

Se essa mesma placenta estiver perto do colo e começar a descolar... o sangramento sai pela vagina... não vai produzir sofrimento fetal... hipertonia etc...

Placenta prévia e DPP são quadros de descolamento de placenta: num caso a placenta está inserida no fundo do útero e no outro lá embaixo no colo uterino.

Descolamento prematuro de placenta

Incidência: 3,5% das gestações.

É uma emergência obstétrica.

Não existe conduta conservadora, independente da idade gestacional: o neném vai morrer e a mãe vai morrer.

A conduta é sempre intervencionista.

Duas condições

- IG > 20 semanas (sangramento da segunda metade da gravidez).
- Placenta normoinserida: no corpo do útero; se estiver no segmento inferior do útero dá um quadro clínico de placenta prévia.

Etiologia

- Hipertensão: pré-eclampsia; HAS crônica. É o principal fator associado. A paciente chega normotensa na maternidade porque está sangrando... ou seja, está hipovolêmica...
- Trauma/torção do útero gravídico.

- Cordão curto: traciona a placenta... cordão com menos de 60 cm.
- Tumores uterinos: a placenta pode estar implantada em cima de um mioma.
- Gemelaridade: quando nasce o primeiro, a placenta do primeiro pode descolar a placenta do segundo.
- Polidrâmnia: no momento da amniorrexe; descomprime-se muito rápido o útero e descola a placenta antes de o neném nascer.
- Cocaína/Tabagismo/Álcool.
- Idade: acima de 35 anos.

Descolamento Prematuro: a placenta descolou antes da saída do neném... não significa que a placenta descolou antes de 37 semanas. Se a placenta secundar antes da saída do neném, falamos em descolamento prematuro.

Fisiopatologia

Descolamento → sangramento → coágulo atrás da placenta → provoca mais descolamento → mais sangramento → mais descolamento... ou seja... é um processo irreversível.

O coágulo começa a irritar fibras musculares do útero e produz contrações: **hipertonia (palavra mágica do DPP)**.

Mais de 50% da placenta descolada = óbito fetal.

Todo quadro do DPP inclui sofrimento fetal.

Conduta

Interrupção da gravidez, independente da idade gestacional.

Diagnóstico

Clínico

- Anamnese: história dos fatores de risco... trauma... Idade>35 anos... HAS...
- Hipertonia uterina.
- Sangramento uterino: a mulher sangra muito, mas o sangramento que é visto é moderado/pequeno. Isto acontece porque o sangramento fica retido atrás da placenta, no coágulo retroplacentário. O sangramento visto não corresponde ao real sangramento da mulher: pensar corretamente na reposição volêmica da mulher (você vê pouca hemorragia, mas ela tem uma mega-hemorragia retroplacentária). É um sangramento vaginal escuro porque o sangue está sendo metabolizado no coágulo.
 - Hemorragia externa: 80% dos casos exibem sangramento escuro.
 - Hemorragia oculta (DPP oculto): 20% dos casos. O sangue fica retido atrás da placenta.
- Dor uterina: de repente; súbita... pela irritação das fibras musculares pelo sangue... é uma dor contínua que não cessa.
- Hipertonia: verdadeira e pela taquissistolia. Contração normal: 3 contrações em 10 minutos... Contração em taquissistolia: o tônus passa a ser um tônus mais elevado.

Durante hipertonia o útero não é bem irrigado: o volume de sangue é diminuído → sofrimento fetal.

➤ USG

Hematoma retroplacentário só é visto em 25% dos casos...

Para que solicitar o USG?

Ele só serve para fazer diagnóstico diferencial com placenta prévia: não devemos perder esse tempo...

Esquece USG.

➤ Cardiotocografia

Não perder esse tempo precioso.

DIAGNÓSTICO É CLÍNICO

Útero no pós-parto?

O sangue atrás da placenta irrita fibras musculares e as disseca. O sangue se espalha no meio das fibras musculares... O útero fica roxo... todo cheio de equimoses e sufusões e hematomas ... Esse útero não consegue se contrair no pós-parto... No pós parto, de hipertonia passamos para atonia uterina (apoplexia útero placentária – útero que perdeu capacidade contrátil). **Útero de Couvelaire.**

Essa paciente vai sangrar mais ainda.

Conduta no útero de Couvelaire: ocitocina + massagem. Não resolveu: ocitocina direto no músculo. Não resolveu: misoprostol retal. Não resolveu: ligadura de artéria uterina. Não resolveu: ligadura de artéria hipogástrica. Não resolveu: histerectomia. Ou seja, histerectomia não é conduta de escolha.

90% das mulheres com DPP perdem o feto, ou seja, devemos tentar conservar o útero ao máximo.

Sofrimento fetal

Grave e precoce

- Diminuição de área de troca: perda de 50% mata o neném.
- Hipertonia: não deixa vascularizar direito.
- Anemia aguda da mãe: não fornece oxigênio adequado para o neném.

Discrasia sanguínea

Coágulo retroplacentário consome fatores de coágulo... lesão tecidual libera tromboplastina → tromboplastina na corrente sanguínea → coagulação intravascular disseminada → trombose em qualquer canto (necrose cortical renal bilateral; cor pulmonale agudo) → consumo dos fatores da coagulação → ativação da fibrinólise → queda do fibrinogênio e trombocitopenia → incoagulabilidade. A donzela sangra por tudo que é buraco...

Quanto mais tempo passa do DPP, mais provável CID e incoagulabilidade.

Conduta na incoagulabilidade: se a mamãe tem discrasia sanguínea, o neném já está morto, ou seja, foda-se ele... devemos tentar salvar o neném antes desse processo... se a mamãe chega na maternidade já em estado de incoagulabilidade não abra essa mulher correndo... essa paciente merece ser estabilizada antes, e de preferência, fazer o parto normal dessa mulher.

Conduta na DPP

- Reposição volêmica intensa... o sangramento visto é a ponta do iceberg.
- Coagulograma/fibrinogênio

O diagnóstico da discrasia, a princípio, é clínico. Enquanto isso, o coagulograma está no laboratório.

Se o neném está vivo, provavelmente não há discrasia.

Teste de Weiner (teste do coágulo)

Sangue é coletado → posto em tubo de ensaio a 35 graus durante uma hora:

Coágulo	Lise	Fibrinogênio
Ausente	-	<60 mg%
Frouxo	Total 60 min	60-100 mg%
Firme	Parcial 60 min	100-150 mg%
Firme	-	> 150 mg%

- Dosagem de plaquetas

Conduta

- Feto?
- CIVD?

Conduta

Feto vivo?

Não interessa a frequência dos BCF... interessa saber se eles existem...

Podemos pensar em parto normal no DPP: ocorreu hipertonia... normalmente a paciente chega em trabalho de parto avançado... com dilatação importante... o parto normalmente é muito rápido...

Feto vivo → Sim → parto mais rápido... ou seja...

- se o neném estiver nascendo (dilatação total do colo após o toque) → parto normal...
- se o neném não está nascendo, mesmo que haja dilatação de 8 cm... não está nascendo... significa Cesariana de Emergência (em minutos).

Devemos tirar o feto rápido.

Feto vivo → Não → podemos pensar em parto vaginal... Mas, temos que ter cuidado porque quanto mais tempo se passar, maior o risco de CIVD. Ou seja, queremos um parto normal que acontece em no máximo 4-6 horas do começo do DPP. Se a previsão for de parto demorado, fazemos cesárea para a paciente.

Tratamento – Resumo

Tratamento da discrasia sanguínea.

Via do parto – Cesárea (quase sempre).

Exceto:

- Período expulsivo.
- Feto morto e < 4 horas.
- Coagulopatia: neném já morreu.

Todo paciente em DPP merece amniotomia... mesmo que façamos a cesariana posteriormente

Reduzimos a pressão intra-uterina... reduzimos o coágulo e o risco de CIVD (diminui a passagem de tromboplastina para a circulação materna) e avaliamos melhor a quantidade de sangue perdida...

Placenta prévia

Mulher com placenta inserida perto do orifício cervical que começou a descolar.

Etiologia

➤ **Áreas pobres em nutrientes**

O local correto de implantação da placenta pode estar machucado/mal vascularizado...

- Idade avançada.
- Paridade aumentada.
- História de abortamentos.
- Endometrite.
- Operações ginecológicas.
- Cesária prévia.

➤ **Área placentária aumentada**

- Gemelaridade.
- DHPN: megaloplacenta.
- Tabagismo.

Tipos de placenta prévia

A) **Placenta de inserção marginal**

Chega perto do colo uterino.

B) **Placenta prévia parcial**

Oclui parcialmente o colo uterino.

Sangramento não forma coágulo → ele já se exterioriza.

Não há produção de hipertonia uterina... não há o ciclo vicioso do DPP.

C) **Placenta prévia total**

Oclui completamente o colo do útero.

D) **Placenta lateral**

Região inferior, mas não chega a encostar no colo. Sem grande importância clínica.

Diagnóstico

➤ Sangramento

Sangramento diferente: placenta que descolou um pouquinho e sangrou um pouquinho... a paciente pára de sangrar... é espontâneo: o útero crescendo descola um pouquinho a placenta... aí o útero cresce de novo e sangra mais... indolor...

Insidioso, vivo, repetitivo.

➤ Indolor.

Não há hipertonia.

➤ Sofrimento fetal

Consequente à hemorragia.

Diagnóstico complementar

USG

Mostra placenta inserida em segmento inferior do útero.

No DPP não perdemos tempo fazendo USG... diagnóstico de DPP é clínico...

Fecha o DX.

"Migração placentária": às 18 semanas, a USG pode evidenciar placenta prévia e às 20 semanas pode não haver mais placenta prévia.

Só podemos definir que uma placenta é prévia depois de 28 semanas.

E o Toque?

O toque identifica que a placenta é prévia.

Problema: o toque descola mais ainda a placenta → hemorragia importante → sofrimento fetal.

Não realizar toque vaginal.

No DPP podemos tocar.

Não toque a placenta prévia...

Todo sangramento que não for característico de DPP não merece ser tocado: passe espéculo... faça qualquer desgraça... mas não toque...

Conduta

"Hemorragia comanda a intervenção"

Hemorragia muito grande: acabou a gravidez.

Variáveis:

➤ Vulto do sangramento

Sangrando muito... interrompe a gravidez...

➤ Idade gestacional

IG prematuro + com sangramento pequeno = TX conservador...

Interna... faz corticóide... USG... parou de sangrar... alta para paciente... voltou a sangrar... interna novamente... e fica repetindo isso até a hora do parto às 37 semanas...

➤ Tipo

Influi na via de parto...

○ Total

Indicação absoluta de cesária, mesmo com neném morto. Se a mulher entrar em trabalho de parto vai ter um sangramento volumoso.

○ Parcial

Na hora que o colo dilata, o pedacinho que estava sobre o colo uterino aumenta em extensão e aumenta a hemorragia...

A princípio fazemos cesárea... A não ser que a mulher chegue com 8 cm de dilatação... sem estar instável hemodinamicamente.

○ Marginal

Trabalho de parto → dilata → expõe mais placenta → vai sangrar mais...

Amniotomia

Sempre fazer no DPP e na placenta prévia: após o rompimento da bolsa, a apresentação desce e diminui o sangramento.

Nota

A princípio, tentamos sempre cesareana.

Parto normal é exceção: mulher que chegou em trabalho de parto avançado, hemorragia pequena e estável hemodinamicamente.

Complicações

- Parto prematuro.
- RPMO.
- Apresentações anômalas.
- Discinesias uterinas.
- SFA.
- Infecção puerperal.

- Atonia uterina.
- Distócias: o neném não tem espaço para passar.
- Acretismo placentário: complicação importante da placenta prévia... mais um motivo para operar...

Acretismo placentário

A placenta se insere mais profundamente no endométrio.

Endométrio

- Camada basal
- Camada Esponjosa
- Camada Compacta

Normalmente a placenta adere-se à camada compactada. Após o parto, a camada compactada sai junto, a esponjosa sai aos blocos... e a basal permanece.

Na placenta prévia, que procura locais de melhor perfusão, por exemplo, ela pode se inserir mais fortemente em busca de nutrição mais adequada.

Acretismo placentário: inserção da placenta além da camada compacta.

- Placenta acreta: placenta atinge camada esponjosa... ou seja, está mais para dentro do endométrio. Ainda tem chance de sair com manobras de extração manual... Se não for possível: realizamos a histerectomia (se deixarmos placenta, deixamos foco de infecção).
- Placenta increta: placenta atinge o miométrio. A solução é a histerectomia.
- Placenta percreta (PERfura a parede do útero): pode grudar na bexiga, no intestino. A conduta também é a histerectomia.

Ou seja, placentas incretas ou percretas sempre recebem histerectomia.

O diagnóstico normalmente é pós-parto: o secundamento demora mais do que 30 minutos.

O diagnóstico durante a gravidez pode ser feito com um USG entre 20-24 semanas.

Diagnóstico diferencial

Vasos prévios

Os vasos passam na frente do canal do parto.

Isso não significa nada.

Podemos romper a bolsa e lesar esses vasos: rotura da vasa prévia. Os vasos prévios não tem significado... o que importa é se forem rompidos...

Rotura de vasa prévia

Rotura da bolsa (amniorrexe/espontânea ou amniotomia/voluntária) seguida de rotura dos vasos.

O sangue perdido é totalmente do neném, ou seja, pode haver sofrimento fetal.

Amniorrexe seguida de sangramento vivo é sinônimo de rotura da vasa prévia.

Conduta: cesariana (o neném vai morrer).

O vaso prévio está associado à inserção velamentosa do cordão: cordão umbilical em vez de se inserir no meio da placenta se insere nas membranas. Quando o cordão se insere nas membranas, os vasos que vão para a placenta não tem proteção da geléia de Wharton.

Mais de 50% dos casos de rotura de vasa prévia estão associados à inserção velamentosa de cordão.

Rotura do seio marginal

O seio marginal é a extrema periferia da placenta: é o encontro da decídua basal com as membranas.

Isso pode se lesionar e provocar sangramento... esse sangramento escorre e sai pela vagina...

Há um sangramento vivo... indolor... que cessa espontaneamente... e volta... e pára... é um sangramento da mãe... Não há sofrimento fetal.

- Sangue vivo.
- Pequena quantidade.
- Indolor.

➤ Não há SF.

É o grande diferencial da placenta prévia.

O diagnóstico diferencial é fornecido pelo USG.

Conduta: expectante... observar o volume de sangramento.

Rotura uterina

Fatores predisponentes

- Cesariana prévia.
- DCP: normalmente dá trabalho de parto arrastado...
- Multiparidade: útero mais frágil.
- Adenomiose/tumores.
- Cirurgias uterinas: miomectomias.
- Malformações uterinas: septado... bicornio...

Iminência de rotura

Sinais premonitórios... que antecedem a rotura uterina...

É a Síndrome de **Bandl-Frommel**: taquissístolia + hipersístolia (tentando empurrar o útero) + Sinal de **Bandl** (anel no meio do útero, dividindo o segmento inferior do corpo uterino; divide o útero em duas bandas) palpado + Sinal de **Frommel** (ligamentos redondos represados).

Conduta em Bandl-Frommel: cesariana imediata + tocólise (1 ampola de terbutalina, ou seja, Brycanil; beta-agonistas).

Rotura uterina

Dor súbita e intensa.

Cessaçã das contrações.

Sinais claros de SFA.

Sangramento pode se exteriorizar pela vagina ou para cavidade abdominal.

- Sinal de **Clark**: crepitações no abdome... enfisemas subcutâneos... ar que entrou na cavidade abdominal através da vagina... a palpação faz Clark... Clark... Clark...
- Sinal de **Reasens**: a apresentação que subiu... é o sinal mais característico.

Conduta na rotura: laparotomia exploradora (tentar salvar o neném) + correção do defeito (podemos tentar fazer uma rrafia... como um dos principais fatores de risco para rotura é cirurgia uterina... o parto dessa mulher que sofreu rrafia numa rotura anterior vai ter que ser uma cesariana e de preferência antes idade IG normal; podemos fazer uma histerectomia também).

	DPP	PP	RU	RVP	RSM
Hemorragia	Escura	Viva	Viva	Viva	Viva
Início	Súbito	Repetição	Súbito	Após amniorrexe	Súbito ou intermitente
Dor	Intensa	Indolor	Intensa e cessa	Indolor	Indolor
Sofrimento Fetal	Sim	Não	Sim (morre)	Sim (morre)	Não
Discrasia	Sim	Não	Não	Não	Não
Diagnóstico	Clínico	USG	Clínico	USG antes do parto; depois do parto vemos inserção velamentosa	Histopatológico