

HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE



by Ana Faria Pereira

A gravidade das hemorragias do 3ºT é variável: pode ir de apenas **spotting** a **hemorragia grave**, sendo a principal causa de morbimortalidade materna e fetal → nesse caso é uma verdadeira emergência obstétrica!

[MD]

Causas de hemorragia:

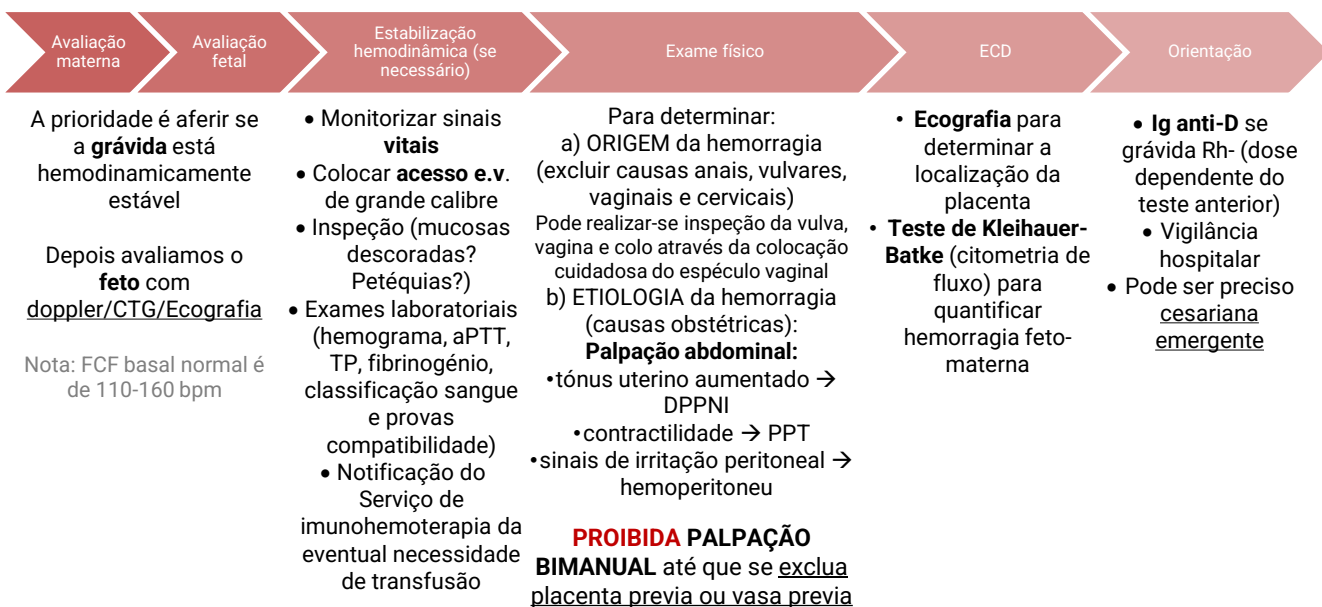
- Placenta prévia
- Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI)
- Causas uterinas: rotura uterina, vasa prévia
- Parto pré-termo (PPT)
- Causas anais: hemorroidas ou trauma (ver bem de onde vem o sangue)
- Causas vulvares: veias varicosas ou trauma
- Causas vaginais: fissuras ou lacerações
- Causas cervicais: ectropion (pode surgir em caso clínico descrito como "colo friável" ou "zona vermelha periorificial"), pólipos, cervicite, trauma, carcinoma, parto

São as potencialmente mais graves, mas felizmente não são as mais frequentes

ABORDAGEM ÀS HEMORRAGIAS DO 3º TRIMESTRE

[T]

[GD]



PLACENTA PRÉVIA

Placenta que se encontra sobre ou próximo do orifício interno (OI) do colo uterino ($\leq 20\text{mm}$). A apresentação é de hemorragia vaginal de sangue vermelho vivo, que não se associa a dor.

[MD]

Fatores de risco (são tudo situações que diminuem a vascularização endometrial e, como tal, a placenta tende a posicionar-se onde há mais vasos, que é perto do colo do útero):

- Placenta prévia anterior
- Cirurgia uterina anterior
- Idade avançada
- Multiparidade
- Gravidez múltipla
- Cocaína e tabaco

Complicações:

- Hemorragia vaginal grave
- Acretismo placentar *
- Hemorragia pós-parto e histerectomia emergente
- Parto pré-termo
- Morbimortalidade materna e neonatal



HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE



by Ana Faria Pereira

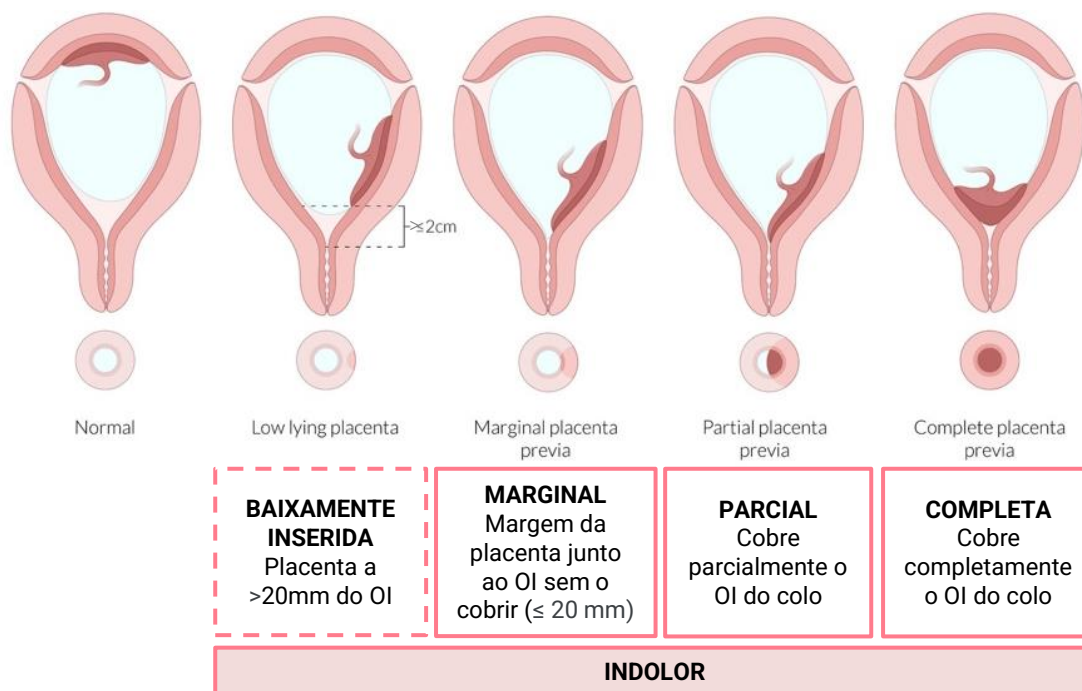


Figura 1: Classificação da Placenta Previa

O conceito de placenta baixamente inserida pode ser um pouco confuso, uma vez que sai fora do conceito de placenta prévia (>20mm do OI), mas, na prática, a utilização do termo "placenta baixamente inserida" utiliza-se em duas situações:

- quando ainda não foi atingido o 3º trimestre (pelo que não se pode afirmar ser uma placenta prévia mesmo que esteja a cobrir o OI);
- quando a ecografia foi realizada por via transabdominal, que não tem sensibilidade para fazer o diagnóstico.



Hemorragia de sangue vermelho vivo indolor

Diagnóstico:

> **Ecografia transvaginal** é a que tem maior sensibilidade

> Note-se que este é um diagnóstico que só se pode estabelecer no 3ºT, uma vez que com o crescimento do útero durante a gestação, a placenta tende a subir e a afastar-se do orifício interno do colo do útero (a placenta NÃO migra).



Toque vaginal está contraindicado na placenta previa

Abordagem:

O 1º episódio de hemorragia cessa em 1-2 horas, mas os episódios posteriores tendem a ser mais graves:

- Vigilância materna e fetal
- Repouso
- Fluidoterapia
- Corticoterapia (Betametasona ou Dexametasona) para maturação pulmonar fetal
- **Cesariana eletiva** às 36-37 semanas
- Se hemorragia abundante: cesariana IMEDIATA

[7]



HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE



by Ana Faria Pereira

*ACRETISMO PLACENTAR

Placenta anormalmente aderente; tem associação com placenta prévia e cirurgia uterina anterior. Descrição de necessidade de separação manual da placenta em caso clínico deve colocar-nos na pista desta doença.

- ACRETA: Adere à camada superficial do miométrio
- INCRETA: Invade profundamente o miométrio
- PERCRETA: Penetra a serosa e órgãos subjacentes

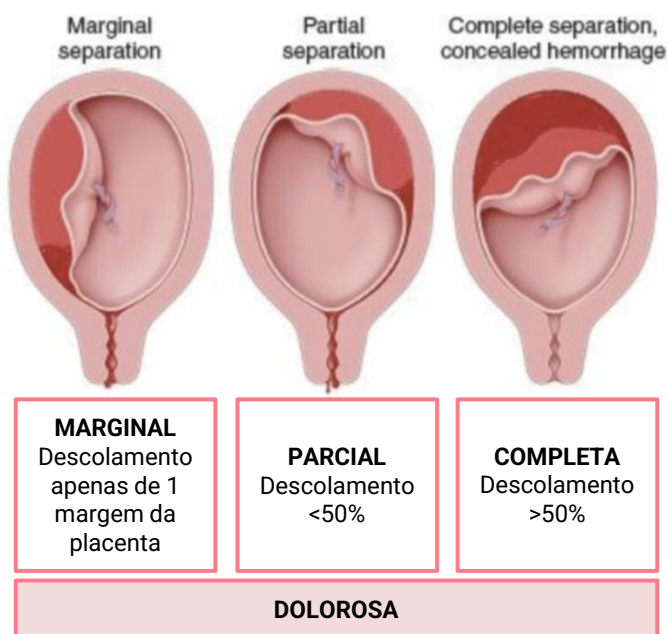
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA (DPPNI)

Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida ou *Abruptio placentae*. A apresentação clássica é de hemorragia vaginal de sangue escuro + contractilidade uterina dolorosa, MAS o descolamento parcial e marginal pode ocorrer sem dor e descolamento retroplacentar pode ocorrer sem hemorragia vaginal.

[MD]



DPPNI é um diagnóstico que requer elevado índice de suspeição, tal é a gravidade, e pelo facto de poder passar facilmente despercebido. A grávida pode nem sangrar se o hematoma ficar contido: queixa-se de uma dor ligeira, vamos fazer o CTG e o feto está com bradicardia!



Fatores de risco:

- DPPNI anterior
- Trauma abdominal
- HTA
- **Pré-eclâmpsia**
- Idade avançada
- Multiparidade
- Gravidez múltipla
- Cocaína e tabaco
- **Corioamnionite**
- **α -fetoproteína** elevada no 2ºT associa-se a maior risco de DPPNI

Complicações:

- Útero de Couvelaire (sangue penetra no miométrio e útero fica azul)
- **Coagulopatia materna** (raramente CID – grave!)
- **Síndrome de Sheehan**
- Rotura uterina por enfraquecimento do miométrio

Figura 2: Classificação da DPPNI



Hemorragia de sangue escuro + dor

Diagnóstico:

Basicamente é clínico (pela história clínica e exame físico); podem não ocorrer sinais ecográficos!

Se num caso clínico tiver descrição de hemorragia dolorosa do 3ºT podemos atravessar-nos no diagnóstico mesmo que diga que estava tudo normal na ecografia

Abordagem:

- Monitorização/administração de fluidos
- **Hemorragia ligeira** → tratamento **expectante**
- **Hemorragia grave e risco materno/fetal** → **PARTO IMEDIATO** (optar pelo que for mais rápido no momento: parto vaginal ou cesariana)

[T]



HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE

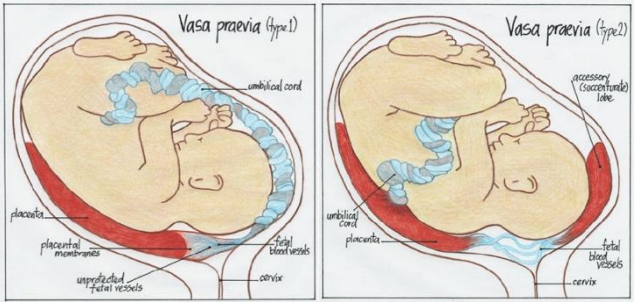


by Ana Faria Pereira

VASA PREVIA

Passagem dos vasos sanguíneos fetais sobre o colo uterino e à frente da apresentação; é raro, mas catastrófico. Clinicamente apresenta-se com hemorragia vaginal **indolor** que ocorre subitamente após rutura das membranas + sofrimento fetal (p.ex, bradicardia fetal; desacelerações, ...) por rotura de vasos fetais.

[MD]



Diagnóstico: Ecografia com Doppler

Abordagem: **Cesariana emergente**

[T]



Relação com a rotura das membranas é o que distingue da placenta prévia (atenção ao ler o caso clínico a ver se faz referência a isto).

INDOLOR

Figura 3: Vasa previa tipo 1 (inserção velamentosa do cordão umbilical) e tipo 2 (vasos ligados a lóbulo de uma placenta bilobada ou um lóbulo de placenta sucenturiada)

ROTURA UTERINA

[MD]

Laceração do endométrio até à serosa (se o peritонеu está intacto então dizemos que houve rotura parcial) – associada a mortalidade neonatal enorme. Na maioria dos casos ocorre no local de cicatriz uterina prévia.

Clinicamente com dor abdominal severa + pausa súbita das contrações uterinas

No caso clínico pode haver 2 descrições que nos devem fazer lembrar este diagnóstico:

- Palpação de partes fetais à palpação abdominal da grávida (através da rotura)
- Perda/regressão do plano de apresentação fetal (passou do plano -1 para o -2, por exemplo)

[T]

Abordagem: **Cesariana emergente** + Laparotomia com reparação uterina ou histerectomia (este último caso se não conseguimos controlar a hemorragia)



	CLÍNICA	FCF/CTG	DIAGNÓSTICO	ABORDAGEM
PLACENTA PREVIA	Não dolorosa	Normal	Ecografia TV	CESARIANA eletiva ou emergente
DPPNI	Dolorosa	Não tranquilizador (bradi ou taquicardia, ↓ da variabilidade ou desacelerações)	Clínico	Cesariana ou parto vaginal (o mais rápido)
VASA PREVIA	Não dolorosa; relação com rotura das membranas		Ecografia com Doppler	CESARIANA emergente
ROTURA UTERINA	Dolorosa		Clínico	CESARIANA emergente



HEMORRAGIAS DO TERCEIRO TRIMESTRE



by Ana Faria Pereira



REFERÊNCIAS

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), *Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition*, Wolters Kluwer

Direção-Geral da Saúde. Profilaxia da Isoimunização Rh - norma nº: 2/DSMIA. [Online].; 2007. Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares--normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007.aspx>.



LEGENDA DE SÍMBOLOS



Ideia-chave ou nota importante a reter.



Mnemónica ou nota que ajuda a memorizar o conteúdo.

