

# BMJ Best Practice

## Placenta prévia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Rastreamento	6
Prevenção secundária	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>7</b>
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	13
<b>Tratamento</b>	<b>14</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	17
Opções de tratamento	20
<b>Acompanhamento</b>	<b>34</b>
Recomendações	34
Complicações	34
Prognóstico	35
<b>Diretrizes</b>	<b>37</b>
Diretrizes de diagnóstico	37
Diretrizes de tratamento	37
<b>Referências</b>	<b>39</b>
<b>Imagens</b>	<b>46</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>48</b>

## Resumo

- ◇ Complicação incomum da gestação. Geralmente diagnosticada na ultrassonografia de rotina feita por outras razões, mas pode se apresentar com sangramento vaginal indolor no segundo ou terceiro trimestre.
- ◇ Classificada de acordo com a relação entre a placenta e o óstio cervical como completa, parcial, marginal ou de inserção baixa.
- ◇ O sangramento na placenta prévia pode ser (ou se tornar) excessivo e o monitoramento adequado deve ser realizado. O exame vaginal por toque digital não deve ser realizado em mulheres com sangramento vaginal ativo até a posição da placenta ser conhecida com certeza.
- ◇ A maioria das placentas prévias observadas na ultrassonografia precoce apresentará resolução espontânea.
- ◇ O parto cesáreo será necessário em todos os casos de placenta prévia completa. Partos cesáreos podem ser complicados pelo sangramento excessivo e pela necessidade de histerectomia puerperal (ou embolização da artéria uterina ou outro procedimento radiológico intervencionista) e devem apenas ser realizados por médicos experientes.

## Definição

Placenta prévia (PP) é definida como a placenta que se sobrepõe ao óstio cervical. Ela pode ser completa, parcial, marginal ou de inserção baixa. PP parcial, marginal e de inserção baixa podem remeter conforme a evolução da gestação. Nas mulheres com útero cicatrizado (mais comumente proveniente de parto cesáreo anterior), a PP pode estar associada a uma placenta anormalmente aderente, que se liga à camada miometrial do útero. Vasa prévia, onde os vasos fetais se sobrepõem ao óstio cervical interno, é uma condição associada.

Neste tópico, denominamos todas as variedades de placentação invasiva de placenta anormalmente aderente. Existem três variações comumente definidas: placenta acreta (em que as vilosidades coriônicas se ligam ao miométrio, em vez de estarem restritas ao interior da decídua basal), placenta increta (em que as vilosidades coriônicas invadem o miométrio) e placenta percreta (em que as vilosidades coriônicas invadem o miométrio e, às vezes, o tecido contíguo).<sup>[1]</sup> Embora essas distinções sejam importantes para os especialistas, elas não alteram as decisões de manejo para os profissionais de atenção primária.

[Fig-1]

## Epidemiologia

Ocorre em 0.3% a 0.5% das gestações no mundo inteiro.<sup>[5] [6] [7]</sup> A frequência depende, em parte, da frequência dos fatores de risco subjacentes na população. A afecção é incomum nas primeiras gestações. Nos EUA, a frequência de placenta prévia tem aumentado em decorrência da maior realização de partos cesáreos. Um parto cesáreo aumenta a incidência para cerca de 0.6% na gestação seguinte. Partos cesáreos subsequentes aumentam o risco apenas ligeiramente, em comparação com um procedimento. Espera-se que esse aumento na incidência seja refletido em outros países com o aumento da frequência de partos cesáreos.<sup>[5] [8] [9] [10]</sup> Como em muitas outras questões em obstetrícia, a maior parte dos estudos epidemiológicos sobre esse tópico tem sido realizada em países desenvolvidos. Isso pode afetar a incidência e os fatores de risco.

## Etiologia

Idade materna avançada,<sup>[11]</sup> gestações múltiplas<sup>[12]</sup> e tabagismo<sup>[13]</sup> aumentam o risco de placenta prévia (PP), mas os mecanismos são incertos. Com a exceção do fator de risco de cicatrização uterina prévia,<sup>[5]</sup> é provável que vários fatores de risco contribuam em conjunto para a ocorrência dessa condição.

## Fisiopatologia

A placenta prévia (PP) e suas variantes ocorrem quando o blastocisto se implanta no segmento uterino inferior próximo ao óstio cervical. A maioria dos casos é provavelmente acidental e simplesmente resulta de uma variação normal na placentação. Acredita-se que a presença de uma cicatriz uterina no segmento inferior interfira no processo de placentação de maneira a aumentar o risco de PP e de uma placenta anormalmente aderente.

Por definição, na PP a placenta cobre parcial ou completamente o óstio cervical e se localiza em frente à parte do feto que se mostra para apresentação. Pode ocorrer sangramento espontâneo proveniente de trauma placentário (por exemplo, penetração sexual, exame vaginal) ou com a abertura do colo uterino no início do trabalho de parto. À medida que a parte do feto que se mostra para apresentação entra no

segmento uterino inferior, a placenta pode se romper ou se separar (descolamento) do útero, por inteiro ou em parte. Ocorre uma hemorragia maciça da mãe e do feto. Não tratada, essa situação quase sempre resulta na morte da mãe e do feto.[14] [15]

## Classificação

### Classificação anatômica[2] [3]

Completos:

- A placenta cobre todo o óstio cervical interno.

Parcial:

- A placenta cobre uma porção do óstio cervical interno.

Marginal:

- A borda placentária se situa a até 2 cm do óstio cervical interno.

Placenta de inserção baixa:

- A borda placentária se situa entre 2 cm e 3.5 cm do óstio cervical interno.

Vasa prévia:

- Vasos fetais se sobrepõem ao óstio cervical.

Placenta prévia que apresentou remissão:

- Placenta de inserção baixa observada no início da gestação que migrou do óstio cervical.

O American College of Radiology argumentou que os termos acima são excessivamente vagos para ser úteis e que é melhor descrever a relação entre a placenta inferior e o óstio cervical interno em centímetros.[4]

## Rastreamento

### Gestação normal

O rastreamento para placenta prévia (PP) não é indicado nessa população, mesmo se outros fatores de risco estiverem presentes (com exceção de cicatrização uterina prévia, PP prévia e tratamento de fertilização in vitro [FIV]). Modelos de predição combinando os fatores de risco para PP são excessivamente ineficientes para ser úteis.[8] A ultrassonografia deve ser realizada se for indicada por outras razões.[36]

### Útero cicatrizado previamente

Rastreamento por ultrassonografia (possivelmente com dopplerfluxometria colorida) aproximadamente entre a 18ª e a 22ª semana de gestação. O radiologista deve ser informado sobre o risco de placenta anormalmente aderente. Deve-se buscar aconselhamento do ultrassonografista ou especialista em obstetria quanto à indicação ou não de ressonância nuclear magnética (RNM).[5] [8] [9] [22] [24] [25]

### Placenta prévia anterior

PP apresenta um risco moderado de recorrência (cerca de 0.7%).[12] Deve-se prestar atenção à posição da placenta em gestações subsequentes; deve ser realizada uma ultrassonografia na metade do segundo trimestre.

### FIV

Gestações resultantes de FIV apresentam cerca de 2% de risco de PP.[26] [27] [28]

Indica-se rastreamento por ultrassonografia, aproximadamente entre a 18ª e a 22ª semana de gestação.[26] [27] [28]

## Prevenção secundária

A placenta prévia apresenta um risco moderado de recorrência (0.7%).[12] Deve-se prestar atenção à posição da placenta na próxima gestação; deve ser realizada uma ultrassonografia na metade do segundo trimestre. Se ocorrer uma placenta anterior na próxima gestação, existe a preocupação de que uma placenta anormalmente aderente envolva a cicatriz cesariana. Deve-se realizar uma consulta imediata, conforme a necessidade.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Foi constatado que uma mulher de 38 anos de idade, G5P4, tabagista ativa, apresenta placenta prévia (PP) na ultrassonografia de rotina na 13ª semana. Ela retorna com sangramento vaginal vermelho vivo indolor na 28ª semana. Ela não está em trabalho de parto.

### Outras apresentações

Muitas pacientes que apresentam placenta prévia (PP) marginal na ultrassonografia realizada para outras indicações (por exemplo, no início do segundo trimestre) apresentarão a placenta na posição normal na ultrassonografia de repetição na 30ª semana. Sangramento vaginal intenso ou maciço indolor, no final do segundo trimestre ou no início do terceiro trimestre de gestação, é uma característica altamente específica que sugere PP. Apresentações atípicas incluem sangramento vaginal, geralmente maciço, no início do trabalho de parto a termo em uma mulher sem sintomas anteriores e cuja ultrassonografia tenha sido muito precoce para avaliação da posição da placenta, ou sangramento doloroso em decorrência do trabalho de parto ou de descolamento da placenta associado.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A maioria dos casos de placenta prévia (PP) é encontrada na ultrassonografia solicitada por outro motivo (por exemplo, acompanhamento, avaliação da anatomia fetal, submetidas à fertilização in vitro [FIV]). Fatores de risco incluem cicatrização uterina (mais comumente em decorrência de parto cesáreo prévio), idade materna avançada, tabagismo, gestações múltiplas prévias/intervalo curto entre as gestações ou abortos espontâneos/induzidos, PP prévia, tratamento de infertilidade e uso de substâncias ilícitas. Geralmente, a placenta prévia é marginal ou parcial. Na ausência de sangramento, ela deve ser acompanhada por ultrassonografias seriadas da 28ª à 32ª semana para garantir que a placenta prévia tenha apresentado remissão. A PP completa, contudo, geralmente não remite, embora seja necessário o monitoramento por ultrassonografias seriadas. A ultrassonografia é sensível e específica para o diagnóstico de PP, embora seja dependente do operador.[36] [37] Ela pode ser realizada por abordagem transvaginal, transabdominal ou translabial (sem utilidade na maioria das circunstâncias, mas é uma opção, se disponível, e existe preocupação relacionada a sangramento significativo e possível dilatação cervical), embora a ultrassonografia transvaginal seja preferida.[14] [38]

[Fig-1]

[Fig-2]

### Paciente com parto cesáreo prévio (ou outra cicatrização uterina)

Todas as pacientes com história de parto cesáreo devem ser submetidas à ultrassonografia em torno da 18ª à 20ª semana para procurar a localização placentária. Em caso de suspeita de PP, deve ser feito o encaminhamento para ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida. Se uma placenta anormalmente aderente (em que a placenta se encontra aderente ao miométrio subjacente) não puder ser confiavelmente excluída na ultrassonografia, deve ser realizada uma ressonância nuclear magnética (RNM) da placenta.[14] [15] [36] [38] [39] [40] [41] [42]



## Paciente se apresentando com sangramento indolor no final do segundo trimestre ou no terceiro trimestre

Nos casos em que uma paciente se apresenta com sangramento no segundo ou no terceiro trimestre e a PP ainda não foi diagnosticada, deve-se colher a história para incluir fatores de risco conhecidos para PP. Estes incluem idade materna avançada, cicatrização uterina (mais comumente decorrente de parto cesáreo anterior), PP anterior e tratamentos de infertilidade. Outros fatores de risco incluem aborto espontâneo ou aborto induzido prévio, multiparidade/intervalos curtos entre as gestações e tabagismo ou uso de substâncias ilícitas. Com exceção da cicatrização uterina, esses fatores de risco não são sensíveis ou específicos.

Um exame especular muito cuidadoso pode ser usado para excluir hemorragia cervical ou vaginal como causa de sangramento. Nas mulheres em trabalho de parto precoce com sangramento leve, isso deve ser realizado sob "configuração dupla" para permitir a conversão para um parto cesáreo imediato em caso de sangramento vaginal maciço. O exame vaginal por toque digital nunca deve ser realizado antes que a placenta prévia seja descartada por outros meios.[43]

Se houver tempo (por exemplo, onde não houver evidências de comprometimento fetal ou de sangramento excessivo), deve ser realizada uma ultrassonografia de urgência. É recomendada uma consulta urgente com um médico adequadamente experiente capaz de realizar um parto cesáreo e tratar complicações concomitantes (por exemplo, histerectomia puerperal).[4] [44] [45]

Na avaliação dos efeitos hemodinâmicos do sangramento, é importante lembrar que a maioria das gestantes jovens saudáveis tende a apresentar ligeira hipotensão arterial e leve taquicardia. A hemoglobina normalmente diminui na gestação. O valor varia com a idade gestacional. Ele pode chegar a 10 mg/dL no meio da gestação. A deficiência de ferro (e, em alguns grupos genéticos, talassemia) comumente coexiste com a gestação e pode acarretar um nível de hemoglobina ainda mais baixo.

Realize tipagem sanguínea e rastreamento e prova cruzada de pelo menos 4 unidades de eritrócitos concentrados (e informe ao serviço de transfusão sobre a possibilidade da necessidade de transfusão maciça). Acompanhe com hemogramas completos em série (a frequência depende do grau de sangramento). Considere a avaliação de razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos da degradação do fibrinogênio caso ocorra qualquer evidência de coagulação intravascular disseminada, como petéquias, equimose, gangrena, desorientação mental, hipóxia, hipotensão ou hemorragia digestiva.

Uma hemorragia feto-materna envolvendo um feto rhesus (Rh)-positivo com uma mãe Rh-negativo apresenta implicações significativas para a morbidade fetal em gestações subsequentes. Mulheres que são Rh negativo devem realizar um teste de Kleihauer-Betke para ajudar a determinar a necessidade e quantidade de imunoglobulina Rh que é necessária para a profilaxia da doença do Rh nas gestações subsequentes.

A alfafetoproteína (AFP) é geralmente oferecida rotineiramente como parte de teste triplo ou quádruplo para rastreamento de defeitos do tubo neural e outras anormalidades congênitas. Quando uma placenta prévia no segundo ou terceiro trimestre é diagnosticada em uma paciente com um nível de AFP anormal, o índice de suspeita de placentação invasiva deve ser elevado e uma ultrassonografia e/ou ressonância nuclear magnética devem ser consideradas.[46]

## Fatores de risco



## Fortes

### cicatrização uterina (mais comumente decorrente de um parto cesáreo prévio)

- Nos EUA, a frequência de placenta prévia tem aumentado em decorrência do maior uso de partos cesáreos. Um parto cesáreo aumenta a incidência para cerca de 0.6% na gestação seguinte. Partos cesáreos subsequentes aumentam ligeiramente o risco, em comparação com um procedimento.[5] [8] [10]
- Embora a associação seja fraca, ela é forte o suficiente para justificar uma ultrassonografia no segundo trimestre para determinar a localização placentária.[5] [8] [9] [10] [22]

### tratamentos para infertilidade

- Gestações resultantes de fertilização in vitro (FIV) apresentam um risco de cerca de 2% de placenta prévia.[23] [24] [25] [26] [27] [28] Embora a associação seja fraca, ela é forte o suficiente para justificar uma ultrassonografia no segundo trimestre para determinar a localização placentária.

### placenta prévia anterior

- Placenta prévia apresenta um risco muito leve de recorrência (cerca de 0.7%).[12]

## Fracos

### idade materna avançada

- É cada vez mais reconhecida a associação com a idade materna avançada.[11] [16] [17] [18] [19]

### múltiplas gestações prévias

- Tem sido relatada associação com multiparidade.[12] [20]

### tabagismo

- Tem sido relatada associação com tabagismo.[12] [13] [21]

### aborto espontâneo prévio

- Tem sido relatada associação com aborto espontâneo prévio e com perda de gestação recorrente.[29] [30]

### aborto induzido prévio

- Tem sido relatada associação com abortos prévios.[22] [31]

### outras anormalidades placentárias

- Tem sido relatada a associação com outras anormalidades placentárias, Esses sintomas incluem:
- Inserção velamentosa (em que o cordão umbilical se insere nas membranas corioamnióticas fetais em vez de se inserir na massa placentária)[32]
- Placenta sucenturiada (em que a placenta apresenta um ou mais lobos acessórios).[33]

### intervalos curtos entre gestações

- Tem sido relatada a associação com o espaço curto entre os nascimentos.[34]

## uso de substâncias ilícitas

- Uma história de uso materno de cocaína, independente do tabagismo, está associada a aumento do risco de placenta prévia.[35]

# Anamnese e exame físico

## Principais fatores de diagnóstico

### útero cicatrizado (comum)

- A cicatrização uterina, geralmente secundária a um parto cesáreo prévio, constitui um achado comum.[4] [44]

### presença de outros fatores de risco (comum)

- Fatores de risco adicionais incluem a idade materna avançada, tabagismo, gestações múltiplas prévias/intervalo curto entre as gestações ou abortos espontâneos/induzidos, placenta prévia (PP) anterior, tratamento de infertilidade e uso de substâncias ilícitas.

### sangramento vaginal indolor (comum)

- A placenta prévia sintomática se apresenta caracteristicamente como um sangramento vaginal no segundo ou terceiro trimestre.[4] [44] [45]
- O sangramento pode variar em gravidade, de leve, moderado, intenso até maciço.
- O exame vaginal por toque digital não deve ser realizado em mulheres com sangramento vaginal ativo até a posição da placenta ser conhecida com certeza.[43]

### ausência de causas cervicais/vaginais de sangramento no exame especular (comum)

- Um exame especular muito cuidadoso pode ser utilizado para excluir hemorragia cervical ou vaginal como uma causa de sangramento em mulheres em trabalho de parto precoce com sangramento leve.
- Isso deve ser realizado sob "configuração dupla" para permitir uma conversão para um parto cesáreo imediato no caso de sangramento vaginal maciço.
- O exame vaginal por toque digital nunca deve ser realizado antes que a placenta prévia seja descartada por outros meios.[43]

## Outros fatores de diagnóstico

### anomalia na ultrassonografia prévia no primeiro trimestre (comum)

- A maioria das ocorrências de placenta prévia marginal ou de inserção baixa encontradas incidentalmente na ultrassonografia apresentará resolução espontânea com a evolução da gestação. Entretanto, isso continua a ser um importante fator de risco para placenta prévia.[47]

### falta de sensibilidade uterina (comum)

- A maioria das mulheres com placenta prévia e sangramento apresentará ausência de sensibilidade no útero ao exame físico.
- A sensibilidade pode estar presente em caso de descolamento da placenta coexistente ou trabalho de parto.

### hipotensão arterial e taquicardia (comum)

- Hipotensão e taquicardia podem indicar redução do volume de sangue secundária à hemorragia.
- Entretanto, na avaliação dos efeitos hemodinâmicos do sangramento, é importante lembrar que a maioria das gestantes jovens saudáveis tende a apresentar ligeira hipotensão arterial e leve taquicardia.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>ultrassonografia uterina com análise com dopplerfluxometria colorida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A ultrassonografia pode ser realizada por abordagem transvaginal, transabdominal ou translabial (sem utilidade na maioria das circunstâncias, mas é uma opção, se disponível, e existe preocupação relacionada a sangramento significativo e possível dilatação cervical).</li> <li>• A ultrassonografia transvaginal é preferível (mas pode ser prejudicial se realizada por um operador inexperiente).<a href="#">[14]</a> <a href="#">[36]</a> <a href="#">[38]</a></li> <li>• Se houver suspeita de placenta prévia, deve ser feito o encaminhamento para a ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida.<a href="#">[36]</a> <a href="#">[37]</a> <a href="#">[40]</a> <a href="#">[47]</a> <a href="#">[48]</a> <a href="#">[49]</a> <a href="#">[50]</a> <a href="#">[51]</a> <a href="#">[52]</a></li> <li>• A alfafetoproteína (AFP) é geralmente oferecida rotineiramente como parte de teste triplo ou quádruplo para rastreamento de defeitos do tubo neural e outras anormalidades congênitas. Quando uma placenta prévia no segundo ou terceiro trimestre é diagnosticada na paciente com um nível de AFP anormal, o índice de suspeita de placentação invasiva deve ser elevado e uma ultrassonografia deve ser considerada.<a href="#">[46]</a></li> <li>• Se uma placenta anormalmente aderente não puder ser confiavelmente excluída na ultrassonografia, deve ser realizada uma ressonância nuclear magnética (RNM) da placenta.<a href="#">[14]</a> <a href="#">[36]</a> <a href="#">[38]</a> <a href="#">[40]</a></li> </ul>	<b>posição da placenta; variável</b>
<b>Hemograma completo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A hemoglobina geralmente diminui na gestação e os valores normais variam com a idade gestacional (podendo ser de apenas 100 g/L [10 mg/dL] no meio da gestação). A deficiência de ferro (e, em alguns grupos genéticos, talassemia) comumente coexiste com a gestação e pode acarretar um nível de hemoglobina ainda mais baixo.</li> <li>• Pacientes com sangramento significativo podem apresentar hemoglobina &lt;100 g/L (&lt;10 mg/dL).</li> <li>• Acompanhe com hemogramas completos em série (a frequência depende do grau de sangramento).</li> </ul>	<b>no sangramento agudo, hemoglobina baixa para os valores normais de gestação</b>
<b>tipagem sanguínea e prova cruzada</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faça tipagem sanguínea e triagem e prova cruzada de pelo menos 4 unidades de eritrócitos concentrados (e informe ao serviço de transfusão sobre a possível necessidade de transfusão maciça).</li> </ul>	<b>preparação para transfusão/cirurgia</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>ressonância nuclear magnética (RNM) da placenta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser solicitada caso placenta anormalmente aderente ou descolamento da placenta não possam ser confiavelmente excluídos na ultrassonografia.[14] [36] [38] [40] [53]</li> <li>A RNM também é útil na avaliação de uma placenta posterior.[39] [40] [42]</li> </ul>	<b>posição da placenta e grau de invasão do útero; variável</b>
<b>razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de degradação do fibrinogênio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitados se houver evidências de coagulação intravascular disseminada (CIVD) (como petéquias, equimose, gangrena, desorientação mental, hipóxia, hipotensão ou hemorragia digestiva).</li> </ul>	<b>anormal se a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) estiver presente: INR/TTP e produtos de decomposição do fibrinogênio elevados; fibrinogênio reduzido</b>
<b>teste de Kleihauer-Betke</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser solicitado caso a mãe seja Rh negativo.</li> <li>O nível de eritrócitos fetais ajuda a determinar a necessidade e a quantidade de imunoglobulina Rh que é necessária para a profilaxia da doença do Rh nas gestações subsequentes.</li> </ul>	<b>eritrócitos fetais na circulação materna; variável</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Trabalho de parto normal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O sangramento geralmente não é intenso e é mais escuro.</li> <li>O feto não é comprometido.</li> <li>O trabalho de parto evolui normalmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico geralmente é realizado clinicamente.</li> <li>A ultrassonografia será normal.</li> </ul>
<b>Descolamento da placenta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente dolorosa.</li> <li>Caso o descolamento seja grande, o útero estará duro como pedra e o feto geralmente estará comprometido.</li> <li>O sangramento vaginal pode variar desde ausente até intenso. Descolamento da placenta pode coexistir com placenta prévia.[44] [45]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia pode mostrar o descolamento.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Aborto espontâneo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais comum no início da gestação (isto é, primeiro trimestre e início do segundo trimestre).</li> <li>• Geralmente ocorre dor em cólica à medida que o sangramento se torna mais intenso.</li> <li>• O descolamento da placenta pode coexistir com o aborto espontâneo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico geralmente é realizado clinicamente.</li> <li>• A ultrassonografia pode mostrar produtos da concepção.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Critérios anatômicos (posição da placenta em relação ao óstio cervical)[2] [3] [4] [14] [15] [38]

Os critérios de diagnósticos são baseados em achados de ultrassonografia:

- Completa (placenta se sobrepõe ao óstio cervical)
- Parcial (a borda da placenta se sobrepõe ao óstio cervical, mas não o cobre por completo)
- Marginal (a borda placentária se situa a até 2 cm do óstio cervical)
- Baixa inserção (a borda placentária se situa entre 2 cm e 3.5 cm do óstio cervical).

## Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento deve ser planejado em três dimensões.

- Grau de sangramento: nenhum, leve a moderado, intenso.
- Trabalho de parto: não, sim.
- Duração da gestação: primeiro trimestre, segundo trimestre, mas não viável, viável, mas não a termo, a termo (a idade de viabilidade varia dependendo dos recursos locais).

Cada uma dessas dimensões deve ser considerada separadamente, e depois em conjunto, na tomada de decisões sobre o tratamento. Como o grau de sangramento muitas vezes é de controle variável, ele é útil na abordagem do tratamento de acordo com a intensidade do sangramento.

### Incompatibilidade de Rh

Para todos os casos, deve ser avaliada a indicação da imunoglobulina anti-D. Caso a paciente tenha fator Rh negativo, um teste de Kleihauer-Betke ajudará a determinar a necessidade e a quantidade de imunoglobulina anti-D que é necessária para a profilaxia da doença do Rh nas gestações subsequentes.

Os requisitos e a dosagem da imunoglobulina anti-D não são influenciados pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.<sup>[54]</sup> Na prática, ela deve ser administrada na 28ª semana de gestação (quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou conhecido como sendo Rh positivo) ou em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

Pode ser necessária imunoglobulina anti-D adicional para a hemorragia feto-materna (HFM) de >15 mL de eritrócitos fetais. Uma dose adicional de imunoglobulina anti-D de 10 microgramas deve ser administrada para cada perda adicional de 0.5 mL de eritrócitos fetais. O teste quantitativo de HFM pode ser considerado após eventos potencialmente associados a trauma placentário e à ruptura da interface materno-fetal (por exemplo, descolamento da placenta, traumatismo contuso do abdome, cordocentese, placenta prévia com sangramento).

### Manejo inicial de sangramento na placenta prévia

Uma metanálise de 2017 determinou que 52% das mulheres com placenta prévia tiveram sangramento do trato genital na segunda metade da gestação.<sup>[55]</sup>

Posição da placenta desconhecida

- Nem todas as mulheres terão sido submetidas a ultrassonografias durante a gestação que tenham identificado a posição da placenta, e algumas mulheres se apresentam no final da gestação sem cuidados pré-natais prévios. Na presença de sangramento e caso a mulher esteja hemodinamicamente estável o suficiente para permiti-la, deve ser realizada uma ultrassonografia de urgência para definir a anatomia placentária. Em caso de sensibilidade uterina, isso pode sugerir descolamento da placenta, que pode coexistir com placenta prévia. O tratamento varia com a condição subjacente; em caso de placenta prévia (sem descolamento), deve ser seguida a abordagem correspondente de tratamento indicada abaixo.<sup>[4] [44] [45]</sup>

Placenta prévia conhecida

- O objetivo primário e imediato da terapia é estabilizar a mãe hemodinamicamente. O objetivo secundário é garantir a sobrevivência fetal.<sup>[14] [15] [38] [41] [44] [56]</sup>

- Um exame vaginal por toque digital não deve ser realizado, pois pode transformar sangramento intenso em sangramento maciço. O sangramento pode aumentar de leve para intenso em poucos minutos, sendo, portanto, melhor superestimar o grau de sangramento. O sangramento intenso é geralmente óbvio, mas o sangue pode, ocasionalmente, se concentrar na vagina (e se apresentar como grandes coágulos).
- O monitoramento eletrônico contínuo do coração do feto deve ser realizado enquanto continuar a ocorrer sangramento significativo; comprometimento fetal (traçado cardíaco fetal anormal) geralmente é uma indicação de sangramento intenso.
- Prossiga para parto cesáreo imediato caso o sangramento não diminua ou apresente evidências de comprometimento fetal significativo. Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

Como para todos os casos de hemorragia significativa na gestação, o ABC das diretrizes de ressuscitação essenciais deve ser seguido.

- Deve ser obtido acesso intravenoso (IV).
- A administração de um antifibrinolítico (como ácido tranexâmico) deve ser considerada assim que possível, pois demonstrou um benefício de sobrevida. [57]
- Cristaloídes e hemoderivados devem ser administrados conforme indicado; considere os riscos de transmissão de doenças infecciosas (que variam com o local) ao decidir a realização de transfusão sanguínea.
- Faça tipagem sanguínea e triagem e prova cruzada de pelo menos 4 unidades de eritrócitos concentrados (e informe ao serviço de transfusão sobre a possível necessidade de transfusão maciça). Acompanhe com hemogramas completos em série (a frequência depende do grau de sangramento). Considere a avaliação razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos da degradação do fibrinogênio caso ocorra evidência de coagulação intravascular disseminada.
- Deve ser considerada transfusão de plasma fresco congelado e de plaquetas, dependendo do nível de hemoglobinas (Hb), da contagem plaquetária e do nível de coagulopatia.

Após a estabilização inicial do sangramento:

- Deve ser realizada uma consulta urgente com um profissional adequadamente treinado para a obtenção de tratamento adicional. Se o sangramento ceder e se for adequado, a mãe deve ser transferida para um centro em que estejam disponíveis serviços obstétricos e neonatais adequados. Deve ser feita uma ultrassonografia (ou, possivelmente, em caso de cicatrização uterina prévia, uma ressonância nuclear magnética [RNM]) para definir a anatomia placentária. Após a estabilização, cuidados ambulatoriais podem ser adequados, em algumas circunstâncias. Essa decisão deve ser deixada para o especialista. [41] [58]

## Controle pré-natal da placenta prévia

O objetivo primário da terapia é observar a mãe e o feto rigorosamente, de forma que uma intervenção urgente possa ser providenciada caso ocorra deterioração do quadro clínico. [14] [15] [38] [41] [44] [56]

Conduta expectante [14] [15] [38] [41] [44] [56]

- As pacientes devem ser aconselhadas a fazer repouso pélvico (por exemplo, não manter relações sexuais com penetração ou usar ducha) e a buscar atendimento médico em caso de sangramento significativo (ou seja, qualquer sangramento além de uma mancha).



- As pacientes devem ser informadas de que podem apresentar sangramento súbito e intenso e que devem ter acesso fácil a atendimento clínico avançado.
- Muitas placentas de inserção baixa migram durante a gestação e apresentam resolução espontânea. Se a placenta prévia (PP) não for completa e não houver sangramento significativo, deve ser realizada uma ultrassonografia de repetição entre a 28ª e a 32ª semana. Se a placenta estiver atualmente na posição normal, não são indicadas investigações adicionais. Em caso de placenta prévia completa, entretanto, é muito pouco provável que ela apresente resolução espontânea. Se houver risco de placenta anormalmente aderente (por exemplo, cicatrização uterina prévia), deve ser realizada uma ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida. Além disso, a RNM também pode ser usada para definir a anatomia placentária exata. A decisão quanto ao método e à calendarização do exame de imagem deve ser deixada para o especialista.
- Dependendo da experiência e dos recursos locais, pode ser feito o encaminhamento apropriado para um centro em que estejam disponíveis serviços obstétricos e neonatais adequados.
- Caso seja adequado (entre a 24ª e a 34ª semana de gestação), a mãe deverá receber corticosteroides para acelerar a maturidade do pulmão fetal.[59] [60] [61]
- Em pacientes que apresentaram sangramento anteriormente ou que estejam com alto risco de apresentar sangramento (encurtamento ou dilatação cervical), pode ser indicada a hospitalização até o parto. Essa decisão deverá ser tomada dependendo das circunstâncias individuais do caso (época do ano, distância do hospital, disponibilidade de transporte etc.) e da disponibilidade dos recursos locais.[38]
- O local da cerclagem cervical não foi estabelecido. As decisões sobre esse assunto devem ser deixadas para um especialista experiente.[38]

#### Trabalho de parto pré-termo

- Deve-se tentar interromper o trabalho de parto, embora a eficácia desse procedimento não tenha sido bem estabelecida. O principal objetivo da terapia tocolítica é prolongar a gestação para permitir a administração de corticosteroides.[59] [60] [61] [62]
- Caso seja adequado depois da estabilização inicial, a mãe deverá receber corticosteroides para acelerar a maturidade do pulmão fetal. Se a mãe permanecer sob risco de que ocorra nascimento pré-termo aos 7 ou mais dias após o ciclo inicial de corticosteroides, repetir a(s) dose(s) de corticosteroides diminui o risco de desfechos respiratórios e de saúde graves no lactente.[59] [60] [61] [63]
- Se a tentativa de interromper o trabalho de parto não for bem-sucedida, deve ser realizado um parto cesáreo.

### Placenta prévia completa e parcial a termo

Em geral, qualquer grau de superposição depois da 35ª semana é uma indicação de parto cesáreo.[14] Portanto, o parto cesáreo deve ser providenciado para todos os casos de PP completa e parcial nessa ocasião. A decisão quanto à calendarização do parto cesáreo se baseia na idade gestacional (que pode ser incerta), no grau de sangramento, no início do trabalho de parto (e no grau associado de dilatação cervical), no perigo de transfusão de sangue (que varia com o local) e na presença de cuidados neonatais adequados. A calendarização do parto cesáreo, idealmente, deve ser entre a 37ª e a 38ª semana. Isso supõe o conhecimento da data precisa da gestação; se as datas forem incertas, podem ser indicados testes adicionais. Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.[14] [15] [38] [41] [44] [56]

Se a paciente estiver em trabalho de parto, é indicado um parto cesáreo de urgência, pois o sangramento pode agravar subitamente. Se possível, é preferível um cirurgião com experiência no controle de hemorragia uterina maciça e em histerectomia puerperal.

A mãe deve ser avisada quanto à possibilidade de complicações operatórias, incluindo histerectomia puerperal. Deve estar disponível sangue adequado (possivelmente autólogo) e o serviço de transfusões deve ser informado de que pode haver grandes necessidades de transfusão. A equipe neonatal deve ser alertada sobre a situação.

## Placenta prévia marginal e de inserção baixa a termo

A distância entre o óstio e a borda placentária observada na ultrassonografia transvaginal na 35ª semana de gestação é valiosa para o planejamento da via de parto. Quando a borda placentária estiver >20 mm do óstio cervical interno (PP de inserção baixa), pode ser oferecida a opção de uma tentativa de trabalho de parto com alta expectativa de sucesso. Uma distância entre o óstio e a borda placentária <20 mm (PP marginal) está associada a uma taxa maior de partos cesáreos, embora o parto vaginal ainda possa ser possível.<sup>[14]</sup>

Portanto, com PP marginal/de inserção baixa, a paciente assintomática a termo e em trabalho de parto pode continuar com o trabalho de parto cuidadosamente monitorado e realizado em uma situação de "configuração dupla" (que pode ser imediatamente convertida para parto cesáreo se o sangramento se tornar significativo ou se o feto entrar em sofrimento).<sup>[14] [15] [38] [41] [44] [56]</sup>

## Aborto espontâneo/interrupção da gestação

O aborto espontâneo não é tratado diferentemente na presença de PP. A interrupção eletiva (clínica ou cirúrgica) no primeiro trimestre não é diferente na presença de PP. No segundo trimestre, entretanto, pode ser preferida a interrupção cirúrgica.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial		( resumo )
sangramento com posição da placenta desconhecida		
<div> <div></div> <div>não estabilizada por ressuscitação</div> </div>	1a	ressuscitação e estabilização
	adjunto	ultrassonografia de urgência
	mais	parto cesáreo de emergência
	adjunto	imunoglobulina anti-D
Agudo		( resumo )

## Agudo

( resumo )

## sangramento com posição da placenta prévia conhecida

■ não estabilizada por ressuscitação	1a	ressuscitação e estabilização
	mais	parto cesáreo de emergência
■ estabilizada: ausência de trabalho de parto	adjunto	imunoglobulina anti-D
	mais	consulta e transferência urgentes
	mais	corticosteroides se estiver antes da 34ª semana
■ estabilizada: trabalho de parto pré-termo	adjunto	imunoglobulina anti-D
	mais	tocolíticos
	mais	corticosteroides se estiver antes da 34ª semana
■ estabilizada: a termo ou em trabalho de parto	adjunto	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	mais	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D

## placenta prévia sem sangramento

■ pré-termo: ausência de trabalho de parto	1a	monitoramento e repouso pélvico
	mais	corticosteroides se estiver antes da 34ª semana
	adjunto	imunoglobulina anti-D
■ em trabalho de parto pré-termo	1a	tocolíticos
	mais	corticosteroides se estiver antes da 34ª semana
	adjunto	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
■ placenta prévia completa ou parcial: a termo	1a	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
■ placenta prévia marginal ou de inserção baixa: a termo	1a	esperar trabalho de parto espontâneo

Agudo		( resumo )
	adjunto	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
com aborto espontâneo ou interrupção eletiva		
	1a	conduta expectante, aborto cirúrgico ou clínico
	adjunto	imunoglobulina anti-D

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Inicial

#### sangramento com posição da placenta desconhecida

##### 1a

##### ressuscitação e estabilização

- » Não deve ser realizado exame vaginal por toque digital. Isso pode transformar sangramento intenso em sangramento maciço. O sangramento pode aumentar de leve para intenso muito rapidamente, sendo, portanto, melhor superestimar o grau de sangramento. O sangramento intenso é geralmente óbvio, mas o sangue pode, ocasionalmente, se concentrar na vagina.
- » As diretrizes padrão de ressuscitação devem ser seguidas.
- » A administração de um antifibrinolítico (como ácido tranexâmico) deve ser considerada assim que possível, pois demonstrou um benefício de sobrevida.<sup>[57]</sup>
- » Deve ser considerada a transfusão de eritrócitos, plasma fresco congelado e de plaquetas, dependendo do nível de Hb, da contagem plaquetária e do nível de coagulopatia.
- » O monitoramento eletrônico contínuo do coração do feto deve ser realizado enquanto continuar a ocorrer sangramento significativo; comprometimento fetal (traçado cardíaco fetal anormal) geralmente é uma indicação de sangramento intenso.
- » Prossiga para parto cesáreo imediato caso o sangramento não diminua ou apresente evidências de comprometimento fetal significativo.

##### adjunto

##### ultrassonografia de urgência

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Algumas mulheres se apresentarão com sangramento na gestação e sem ter realizado ultrassonografia prévia. Nesse caso, deve ser realizada uma ultrassonografia de urgência para definir a causa subjacente do sangramento (se a mulher apresentar uma condição

## Inicial

■ não estabilizada por ressuscitação

mais

hemodinamicamente estável para permitir o exame).

### parto cesáreo de emergência

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se o sangramento não for controlado, deve ser realizado parto cesáreo imediato.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

adjunto

### imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» imunoglobulina anti-D: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou conhecido como sendo Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

## Agudo

### sangramento com posição da placenta prévia conhecida

sangramento com posição da placenta prévia conhecida

1a

### ressuscitação e estabilização

» Não deve ser realizado exame vaginal por toque digital. Isso pode transformar sangramento intenso em sangramento maciço. O sangramento pode aumentar de leve para intenso muito rapidamente, sendo, portanto, melhor superestimar o grau de sangramento. O sangramento intenso é geralmente óbvio, mas o sangue pode, ocasionalmente, se concentrar na vagina.

» As diretrizes padrão de ressuscitação devem ser seguidas.

» A administração de um antifibrinolítico (como ácido tranexâmico) deve ser considerada assim que possível, pois demonstrou um benefício de sobrevida.[57]

## Agudo

■ não estabilizada por ressuscitação

mais

- » Deve ser considerada a transfusão de eritrócitos, plasma fresco congelado e de plaquetas, dependendo do nível de Hb, da contagem plaquetária e do nível de coagulopatia.
- » O monitoramento eletrônico contínuo do coração do feto deve ser realizado enquanto continuar a ocorrer sangramento significativo; comprometimento fetal (traçado cardíaco fetal anormal) geralmente é uma indicação de sangramento intenso.
- » Prossiga para parto cesáreo imediato caso o sangramento não diminua ou apresente evidências de comprometimento fetal significativo.

#### parto cesáreo de emergência

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Prossiga para parto cesáreo imediato se o sangramento não for controlado.

- » Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

adjunto

#### imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

- » **imunoglobulina anti-D:** 300 microgramas por via intramuscular

- » A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.<sup>[54]</sup>

- » Na prática, a dose deve ser administrada: na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou determinado como Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

■ estabilizada: ausência de trabalho de parto

mais

#### consulta e transferência urgentes

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » Deve ser realizada uma consulta urgente com um profissional adequadamente treinado para a obtenção de tratamento adicional. A paciente deve ser encaminhada e/ou transferida para um centro obstétrico e neonatal adequado até que esteja estável e o sangramento ceda.



## Agudo

### mais corticosteroides se estiver antes da 34ª semana

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **fosfato sódico de betametasona**: 12 mg por via intramuscular a cada 24 horas por 2 doses

#### OU

» **fosfato sódico de dexametasona**: 6 mg por via intramuscular a cada 12 horas no total de 4 doses

» Corticosteroides podem ser considerados entre a 24ª e a 34ª semana de gestação, para acelerar a maturação pulmonar no bebê prematuro antes e até as 24 horas anteriores ao parto previsto. Se a mãe permanecer sob risco de que ocorra nascimento pré-termo aos 7 ou mais dias após o ciclo inicial de corticosteroides, repetir a(s) dose(s) de corticosteroides diminui o risco de desfechos respiratórios e de saúde graves no lactente.[59] [60] [61]

### adjunto imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada: na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou determinado como Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

### ■ estabilizada: trabalho de parto pré-termo

### mais tocolíticos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **terbutalina**: 0.25 mg por via subcutânea a cada 20 minutos a 3 horas

## Agudo

OU

» **sulfato de magnésio**: 4-6 g em bolus intravenoso inicialmente, seguidos por infusão de 2-3 g/hora

OU

» **indometacina**: 50-100 mg por via oral como dose de ataque, seguidos por 25-50 mg a cada 6 horas por 48 horas

### Opções secundárias

» **nifedipino**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Se houver evidências de trabalho de parto pré-termo, considere o uso de tocolíticos. O uso de tocolíticos na placenta prévia com sangramento é controverso. O principal objetivo da terapia tocolítica é prolongar a gestação para permitir a administração de corticosteroides.[59] [60] [61] [63] [64] O objetivo secundário é permitir que haja tempo para transferência para um centro de encaminhamento secundário ou terciário (se for indicado e se a condição da paciente for estável).

» A terbutalina oral não é aprovada e não deve ser usada para tocolise aguda ou de manutenção.

» A injeção de sulfato de terbutalina não deve ser usada para tocolise prolongada (além de 48 a 72 horas) por causa dos possíveis efeitos adversos maternos graves e óbito.

» A European Medicines Agency (EMA) recomenda que o uso de beta-agonistas injetáveis deve ser restrito a no máximo 48 horas entre a 22ª e a 37ª semana de gestação. Os beta-agonistas só devem ser usados sob a supervisão de um especialista, com monitoramento contínuo da mãe e do feto, por causa do risco de efeitos cardiovasculares adversos em ambos. A EMA não recomenda mais formulações orais ou retais para indicações obstétricas.[65]

» Uma revisão sistemática detectou que há evidências que oferecem suporte ao uso de bloqueadores dos canais de cálcio, principalmente o nifedipino, para tocolise. Os bloqueadores mostraram ter benefícios sob os betamiméticos, em relação a prolongação da gestação, morbidade neonatal grave e

## Agudo

efeitos adversos maternos. No entanto, não foi notada diferença na mortalidade perinatal, os dados sobre desfechos de longo prazo foram limitados, e a dose ideal ainda precisa ser determinada.[66]

» O sulfato de magnésio pode oferecer proteção contra o desenvolvimento de paralisia cerebral e deve ser considerado para mulheres em trabalho de parto pré-termo à parte de seu efeito de prolongar a gestação.[67] A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA não recomenda o uso de injeções de sulfato de magnésio por mais de 5 a 7 dias para interromper o trabalho de parto pré-termo em gestantes (um uso off-label), pois isso pode causar a diminuição dos níveis de cálcio e problemas ósseos no feto ou bebê. A duração mais curta do tratamento que pode acarretar danos ao bebê não é conhecida. A FDA atualmente classifica o sulfato de magnésio como categoria D para uso na gestação.[68]

» Deve ser realizada uma consulta com um profissional adequadamente treinado para a obtenção de tratamento adicional.

» As decisões sobre início, medicamento e dose devem ser tomadas apenas depois da consulta.

» Se a tentativa de interromper o trabalho de parto não for bem-sucedida, deve ser realizado um parto cesáreo.

### mais corticosteroides se estiver antes da 34ª semana

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **fosfato sódico de betametasona**: 12 mg por via intramuscular a cada 24 horas por 2 doses

#### OU

» **fosfato sódico de dexametasona**: 6 mg por via intramuscular a cada 12 horas no total de 4 doses

» Corticosteroides podem ser considerados entre a 24ª e a 34ª semana de gestação, para acelerar a maturação pulmonar no bebê prematuro antes e até as 24 horas anteriores ao parto previsto. Se a mãe permanecer sob risco de que ocorra nascimento pré-termo aos 7 ou mais dias após o ciclo inicial de corticosteroides, repetir a(s) dose(s) de corticosteroides diminui

## Agudo

### adjunto

o risco de desfechos respiratórios e de saúde graves no lactente.[59] [60] [61]

#### parto cesáreo

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se a tentativa de interromper o trabalho de parto não for bem-sucedida, deve ser realizado um parto cesáreo.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

» A decisão quanto à calendarização do parto cesáreo deve ser deixada para o especialista.

### adjunto

#### imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

##### Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada: na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou determinado como Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

### ■ estabilizada: a termo ou em trabalho de parto

### mais

#### parto cesáreo

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se a paciente estiver em trabalho de parto, é indicado um parto cesáreo de urgência, pois pode ocorrer um sangramento significativo.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

### adjunto

#### imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

##### Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não

## Agudo

são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

## placenta prévia sem sangramento

### ■ pré-termo: ausência de trabalho de parto

1a

### monitoramento e repouso pélvico

» As pacientes devem ser aconselhadas a fazer repouso pélvico (por exemplo, não manter relações sexuais com penetração ou usar ducha) e a ir para o hospital em caso de sangramento significativo.

» Muitas placentas de inserção baixa migram durante a gestação e apresentam resolução espontânea. Se a placenta prévia não for completa e não houver sangramento significativo, deve ser realizada uma ultrassonografia de repetição entre a 28ª e a 32ª semana. Se a placenta estiver atualmente na posição normal, não são indicadas investigações adicionais. Em caso de placenta prévia completa, entretanto, é muito pouco provável que ela apresente resolução espontânea.

» Se houver risco de placenta anormalmente aderente (por exemplo, cicatrização uterina prévia), deve ser realizada uma ultrassonografia com dopplerfluxometria colorida.

» A decisão quanto ao método e à calendarização do exame de imagem deve ser deixada para o especialista. Dependendo da experiência e dos recursos locais, pode ser feito o encaminhamento apropriado para um centro em que estejam disponíveis serviços obstétricos e neonatais adequados.

mais

### corticosteroides se estiver antes da 34ª semana

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **fosfato sódico de betametasona**: 12 mg por via intramuscular a cada 24 horas por 2 doses

OU

## Agudo

» **fosfato sódico de dexametasona**: 6 mg por via intramuscular a cada 12 horas no total de 4 doses

» Corticosteroides podem ser considerados entre a 24ª e a 34ª semana de gestação, para acelerar a maturação pulmonar no bebê prematuro antes e até as 24 horas anteriores ao parto previsto. Se a mãe permanecer sob risco de que ocorra nascimento pré-termo aos 7 ou mais dias após o ciclo inicial de corticosteroides, repetir a(s) dose(s) de corticosteroides diminui o risco de desfechos respiratórios e de saúde graves no lactente.[59] [60] [61]

**adjunto imunoglobulina anti-D**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada: na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou determinado como Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

■ **em trabalho de parto pré-termo**

1a

**tocolíticos****Opções primárias**

» **terbutalina**: 0.25 mg por via subcutânea a cada 20 minutos a 3 horas

**OU**

» **sulfato de magnésio**: 4-6 g em bolus intravenoso inicialmente, seguidos por infusão de 2-3 g/hora

**OU**

» **indometacina**: 50-100 mg por via oral como dose de ataque, seguidos por 25-50 mg a cada 6 horas por 48 horas

**Opções secundárias**

» **nifedipino**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

## Agudo

» Se houver evidências de trabalho de parto pré-termo, considere o uso de tocolíticos. O uso de tocolíticos na placenta prévia com sangramento é controverso. O principal objetivo da terapia tocolítica é prolongar a gestação para permitir a administração de corticosteroides.[59] [60] [61] [63] [64] O objetivo secundário é permitir que haja tempo para transferência para um centro de encaminhamento secundário ou terciário (se for indicado e se a condição da paciente for estável).

» A terbutalina oral não é aprovada e não deve ser usada para tocolise aguda ou de manutenção.

» A injeção de sulfato de terbutalina não deve ser usada para tocolise prolongada (além de 48 a 72 horas).

» A European Medicines Agency (EMA) recomenda que o uso de beta-agonistas injetáveis deve ser restrito a no máximo 48 horas entre a 22ª e a 37ª semana de gestação. Os beta-agonistas só devem ser usados sob a supervisão de um especialista, com monitoramento contínuo da mãe e do feto, por causa do risco de efeitos cardiovasculares adversos em ambos. A EMA não recomenda mais formulações orais ou retais para indicações obstétricas.[65]

» Uma revisão sistemática detectou que há evidências que oferecem suporte ao uso de bloqueadores dos canais de cálcio, principalmente o nifedipino, para tocolise. Os bloqueadores mostraram ter benefícios sob os betamiméticos, em relação a prolongação da gestação, morbidade neonatal grave e efeitos adversos maternos. No entanto, não foi notada diferença na mortalidade perinatal, os dados sobre desfechos de longo prazo foram limitados, e a dose ideal ainda precisa ser determinada.[66]

» O sulfato de magnésio pode oferecer proteção contra o desenvolvimento de paralisia cerebral e deve ser considerado para mulheres em trabalho de parto pré-termo à parte de seu efeito de prolongar a gestação.[67] A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA não recomenda o uso de injeções de sulfato de magnésio por mais de 5 a 7 dias para interromper o trabalho de parto pré-termo em gestantes (um uso off-label), pois isso pode causar a diminuição dos níveis de cálcio e problemas ósseos no feto ou bebê. A duração mais curta do tratamento que pode acarretar danos ao bebê não é conhecida. A



## Agudo

FDA atualmente classifica o sulfato de magnésio como categoria D para uso na gestação.[68]

» Deve ser realizada uma consulta com um profissional adequadamente treinado para a obtenção de tratamento adicional.

» As decisões sobre início, medicamento e dose devem ser tomadas apenas depois da consulta.

» Se a tentativa de interromper o trabalho de parto não for bem-sucedida, deve ser realizado um parto cesáreo.

**mais**

**corticosteroides se estiver antes da 34ª semana**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **fosfato sódico de betametasona**: 12 mg por via intramuscular a cada 24 horas por 2 doses

**OU**

» **fosfato sódico de dexametasona**: 6 mg por via intramuscular a cada 12 horas no total de 4 doses

» Corticosteroides podem ser considerados entre a 24ª e a 34ª semana de gestação, para acelerar a maturação pulmonar no bebê prematuro antes e até as 24 horas anteriores ao parto previsto. Se a mãe permanecer sob risco de que ocorra nascimento pré-termo aos 7 ou mais dias após o ciclo inicial de corticosteroides, repetir a(s) dose(s) de corticosteroides diminui o risco de desfechos respiratórios e de saúde graves no lactente.[59] [60] [61]

**adjunto**

**parto cesáreo**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Se a tentativa de interromper o trabalho de parto não for bem-sucedida, deve ser realizado um parto cesáreo.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

» A decisão quanto à calendarização do parto cesáreo deve ser deixada para o especialista.

**adjunto**

**imunoglobulina anti-D**

## Agudo

### ■ placenta prévia completa ou parcial: a termo

1a

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada: na 28ª semana de gestação quando o tipo sanguíneo fetal for desconhecido ou determinado como Rh positivo e em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

#### parto cesáreo

» Em geral, qualquer grau de superposição depois da 35ª semana é uma indicação de parto cesáreo.[14] Portanto, o parto cesáreo deve ser providenciado para todos os casos de PP completa e parcial nessa ocasião.

» A calendarização do parto cesáreo, idealmente, deve ser entre a 37ª e a 38ª semana. Isso supõe o conhecimento da data precisa da gestação. Se as datas forem incertas, podem ser indicados testes adicionais.

» Se a paciente estiver em trabalho de parto, é indicado um parto cesáreo de urgência, pois pode ocorrer um sangramento significativo.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

adjunto

#### imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular em até 72 horas após o parto

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.[54]

» Na prática, a dose deve ser administrada em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

## Agudo

- placenta prévia marginal ou de inserção baixa: a termo

1a

**esperar trabalho de parto espontâneo**

» A distância entre o óstio e a borda placentária observada na ultrassonografia transvaginal na 35ª semana de gestação é valiosa para o planejamento da via de parto. Quando a borda placentária estiver >20 mm do óstio cervical interno (PP de inserção baixa), pode ser oferecida a opção de uma tentativa de trabalho de parto com alta expectativa de sucesso. Uma distância entre o óstio e a borda placentária <20 mm (PP marginal) está associada a uma taxa maior de partos cesáreos, embora o parto vaginal ainda possa ser possível.<sup>[14]</sup>

» Portanto, se for constatado, pela ultrassonografia, que a placenta prévia é marginal, a paciente que não apresentar sangramento a termo poderá continuar com o trabalho de parto cuidadosamente monitorado e realizado em uma situação de "configuração dupla" (que pode ser imediatamente convertida para parto cesáreo se o sangramento se tornar significativo ou se o feto entrar em sofrimento).

adjunto

**parto cesáreo**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pode ser necessário um parto cesáreo se ocorrer hemorragia significativa ou sofrimento fetal durante o parto vaginal.

» Antibióticos profiláticos intraoperatórios são indicados rotineiramente em partos cesáreos.

adjunto

**imunoglobulina anti-D**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **imunoglobulina anti-D:** 300 microgramas por via intramuscular em até 72 horas após o parto

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.<sup>[54]</sup>

» Na prática, a dose deve ser administrada em até 72 horas pós-parto de um bebê Rh positivo de mulher Rh negativo não sensibilizada.

**com aborto espontâneo ou interrupção eletiva**

## Agudo

**1a conduta expectante, aborto cirúrgico ou clínico**

» O aborto espontâneo não é tratado de maneira diferente na presença de placenta prévia.

» O aborto eletivo (clínico ou cirúrgico) no primeiro trimestre não é diferente na presença de placenta prévia; no segundo trimestre, entretanto, pode ser preferido o aborto cirúrgico, com relação ao clínico.

**adjunto imunoglobulina anti-D**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **imunoglobulina anti-D**: 300 microgramas por via intramuscular em até 72 horas após o evento de aborto espontâneo/interrupção

» A indicação para imunoglobulina anti-D deve ser avaliada; as necessidades e a dosagem não são influenciadas pela placenta prévia e devem seguir as recomendações padrão.<sup>[54]</sup>

» Na prática, a dose deve ser administrada em até 72 horas depois do evento de aborto espontâneo/interrupção.

## Recomendações

### Monitoramento

Não é recomendado monitoramento ou rastreamento de rotina para a paciente média com placenta prévia. O sangramento indolor no segundo ou terceiro trimestre deve ser investigado para descartar placenta prévia. As pacientes que tiverem história de incisão uterina prévia devem se submeter a rastreamento para descartar placenta anormalmente aderente.

Se for constatada placenta prévia incidentalmente em uma ultrassonografia precoce, o caso deverá ser acompanhado até a remissão por meio de exames de ultrassonografia em série.

### Instruções ao paciente

O estresse da gestação muitas vezes dificulta a preservação das informações. As pacientes devem ser repetidamente orientadas sobre sua condição durante toda a gestação e devem ser reeducadas em uma das primeiras consultas pós-parto, particularmente quanto ao risco de recorrência e da necessidade de um parto cesáreo em gestações subsequentes. Elas devem ser instruídas a procurar cuidados no início da próxima gestação.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>anemia</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
O risco da ocorrência de anemia na paciente depende da hemoglobina anterior ao sangramento, das reservas de ferro anteriores ao sangramento (que são, muitas vezes, baixos na gestação) e da intensidade do sangramento.		
<b>complicações do parto cesáreo</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
As complicações do parto cesáreo não são diferentes das complicações de placenta prévia, em comparação com outras indicações, exceto por um aumento do risco de sangramento com a necessidade de transfusão de sangue e de histerectomia puerperal.[84] [85]		
<b>nascimento pré-termo</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
O nascimento pré-termo muitas vezes é inevitável. Nesses casos, as complicações da prematuridade não são diferentes, além do aumento do risco de anemia.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>placenta anormalmente aderente</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
<p>A placenta é aderente à camada miometrial subjacente do útero.</p> <p>Ocorre em aproximadamente 10% dos casos de placenta prévia (principalmente em pacientes com cicatrização uterina).[4] [5] [48] Um achado ultrassonográfico de área clara hipoeoica retroplacentária indica um aumento do risco significativo de anomalias de implantação placentária.[86]</p> <p>A histerectomia puerperal (ou embolização da artéria uterina ou outros procedimentos radiológicos intervencionistas) pode ser necessária se houver hemorragia pós-parto significativa.[84]</p>		
<b>coagulação intravascular disseminada (CIVD)</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Pode surgir em pacientes com hemorragia significativa decorrente de placenta prévia.</p> <p>Na CIVD aguda, uma produção explosiva de trombina causa a depleção de plaquetas e fatores coagulantes. Isso ativa o sistema fibrinolítico. Ocorre o sangramento nos tecidos subcutâneos, na pele e nas membranas mucosas, além da oclusão de vasos sanguíneos causada pela fibrina na microcirculação.</p> <p>Pode haver a necessidade de plasma fresco congelado e/ou transfusões de plaquetas.</p>		
<b>restrição do crescimento intrauterino (RCIU)</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Tem sido associado à placenta prévia.[79] [80]</p>		
<b>óbito fetal</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Dependente do grau de sangramento. O descolamento da placenta associado aumenta o risco.</p>		
<b>síndrome da morte súbita infantil (SMSI)</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>A SMSI é ligeiramente mais comum depois de placenta prévia.[83]</p>		

## Prognóstico

A placenta prévia observada no início da gestação pode migrar para uma posição normal à medida que a gestação evolui. Não se trata de uma verdadeira migração, mas de um crescimento diferencial que ocorre na extremidade superior da placenta em comparação com a extremidade inferior. Aproximadamente 85% das placentas prévias ocorridas entre a 15ª e a 20ª semana e aproximadamente um terço das placentas prévias ocorridas entre a 20ª e a 23ª semana não serão mais prévias no início do trabalho de parto.[37] [48] [49] [50] [69]

### Prognóstico materno

O prognóstico materno geralmente é bom. As pacientes submetidas a parto cesáreo eletivo e de urgência apresentam risco de ter complicações associadas a esse procedimento.[70] Mulheres com placenta prévia apresentam aumento do risco de receberem transfusões de sangue (em virtude de sangramento pré-

operatório, intraoperatório e pós-operatório), com os riscos associados (que variam de um local para outro).[71] As mulheres apresentam aumento do risco de histerectomia puerperal, embora esse risco permaneça baixo (0.2%).[72] [73]

Existe um risco maior de placenta prévia em gestações subsequentes, embora esse risco permaneça baixo (<1%).[74] [75] Existe um aumento substancial na necessidade de parto cesáreo em gestações subsequentes.[76]

O prognóstico pode ser pior na placenta prévia completa, com relação à placenta prévia parcial.[77]

### Prognóstico fetal

O prognóstico fetal geralmente é bom, mas pode ficar comprometido por sangramento excessivo e por restrição do crescimento intrauterino.[78] [79] [80]

### Prognóstico neonatal

O prognóstico neonatal depende do grau de prematuridade, juntamente com a disponibilidade de cuidados pré-natais especializados.[80] [81] [82] Ele também é afetado pelo grau de sangramento pré-parto, que pode causar anemia neonatal.[78] [79]

O prognóstico pode ser pior na placenta prévia completa, com relação à placenta prévia parcial.[77]

Pode ocorrer um ligeiro aumento no risco de síndrome da morte súbita infantil.[83]



## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management (Green-top guideline No. 27a)

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK) **Última publicação em:** 2018

### América do Norte

#### ACR appropriateness criteria: second and third trimester bleeding

**Publicado por:** American College of Radiology **Última publicação em:** 2013

#### Obstetrical complications associated with abnormal maternal serum markers analytes

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada **Última publicação em:** 2008

#### Diagnosis and management of placenta previa

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada **Última publicação em:** 2007

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management (Green-top guideline No. 27a)

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK) **Última publicação em:** 2018

#### Caesarean section

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence **Última publicação em:** 2012

### América do Norte

#### Diagnosis and management of placenta previa

**Publicado por:** Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada **Última publicação em:** 2007

## Oceania

### Placenta accreta (C-Obs 20)

**Publicado por:** The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicação em:**  
2015

## Artigos principais

- Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Mar;29(3):261-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 2010 Nov;203(5):430-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom S, et al, eds. Williams obstetrics. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2009.
3. Clark SL. Placenta previa and abruptio placentae. In: Creasy RK, Resnick R, Iams J, eds. Maternal-fetal medicine. 5th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2004:715.
4. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: second and third trimester bleeding. 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
5. Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, et al. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. Obstet Gynecol. 2006;107:771-778. [Resumo](#)
6. Loto O, Onile TG. Placenta praevia at the Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife. A ten year analysis. Niger J Clin Pract. 2008;11:130-133. [Resumo](#)
7. Yang Q, Wu Wen S, Caughey S, et al. Placenta previa: its relationship with race and the country of origin among Asian women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87:612-616. [Resumo](#)
8. Odibo AO, Cahill AG, Stamilio DM, et al. Predicting placental abruption and previa in women with a previous cesarean delivery. Am J Perinatol. 2007;24:299-306. [Resumo](#)
9. Qublan HS, Tahat Y. Multiple cesarean section. The impact on maternal and fetal outcome. Saudi Med J. 2006;27:210-214. [Resumo](#)
10. Lynch CM, Kearney R, Turner MJ. Maternal morbidity after elective repeat cesarean section after two or more previous procedures. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;106:10-13. [Resumo](#)
11. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, et al; FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstet Gynecol. 2005 May;105(5 Pt 1):983-90. [Resumo](#)
12. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, et al. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jan;188(1):275-81. [Resumo](#)

13. Mortensen JT, Thulstrup AM, Larsen H, et al. Smoking, sex of the offspring, and risk of placental abruption, placenta previa, and preeclampsia: a population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Oct;80(10):894-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 Mar;29(3):261-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol*. 2006;107:927-941. [Resumo](#)
16. Montan S. Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Apr;19(2):110-2. [Resumo](#)
17. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, et al. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol*. 2005 Jun;105(6):1410-8. [Resumo](#)
18. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet*. 2001 Mar;265(1):30-3. [Resumo](#)
19. Jolly M, Sebire N, Harris J, et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod*. 2000 Nov;15(11):2433-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Francois K, Johnson JM, Harris C. Is placenta previa more common in multiple gestations? *Am J Obstet Gynecol*. 2003 May;188(5):1226-7. [Resumo](#)
21. Castles A, Adams EK, Melvin CL, et al. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med*. 1999 Apr;16(3):208-15. [Resumo](#)
22. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May;192(5):1458-61. [Resumo](#)
23. Thomson F, Shanbhag S, Templeton A, et al. Obstetric outcome in women with subfertility. *BJOG*. 2005 May;112(5):632-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Kallen B, Finnstrom O, Nygren KG, et al. In vitro fertilisation in Sweden: obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG*. 2005 Nov;112(11):1529-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Shevell T, Malone FD, Vidaver J, et al. Assisted reproductive technology and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1039-45. [Resumo](#)
26. Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, et al. Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*. 2007 Apr;109(4):967-77. [Resumo](#)
27. Mukhopadhyaya N, Arulkumaran S. Reproductive outcomes after in-vitro fertilization. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Apr;19(2):113-9. [Resumo](#)

28. Romundstad LB, Romundstad PR, Sunde A, et al. Increased risk of placenta previa in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother. *Hum Reprod*. 2006 Sep;21(9):2353-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Kashanian M, Akbarian AR, Baradaran H, et al. Pregnancy outcome following a previous spontaneous abortion (miscarriage). *Gynecol Obstet Invest*. 2006;61(3):167-70. [Resumo](#)
30. Sheiner E, Levy A, Katz M, et al. Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Jan 10;118(1):61-5. [Resumo](#)
31. Zhou W, Nielsen GL, Larsen H, et al. Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 Dec;80(12):1115-20. [Resumo](#)
32. Papinniemi M, Keski-Nisula L, Heinonen S. Placental ratio and risk of velamentous umbilical cord insertion are increased in women with placenta previa. *Am J Perinatol*. 2007 Jun;24(6):353-7. [Resumo](#)
33. Shukunami K, Tsunezawa W, Hosokawa K, et al. Placenta previa of a succenturiate lobe: a report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Dec 1;99(2):276-7. [Resumo](#)
34. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Apr;196(4):297-308. [Resumo](#)
35. Kistin N, Handler A, Davis F, et al. Cocaine and cigarettes: a comparison of risks. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1996 Jul;10(3):269-78. [Resumo](#)
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 101: ultrasonography in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009 Feb;113(2 Pt 1):451-61. [Resumo](#)
37. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, et al. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol*. 2002 May;99(5 Pt 1):692-7. [Resumo](#)
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management. Green-top guideline No. 27a. September 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
39. Vladareanu R, Onofriescu M, Mihailescu D, et al. Magnetic resonance imaging in obstetrics. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2006 Jul-Sep;110(3):567-74. [Resumo](#)
40. Abramowicz JS, Sheiner E. In utero imaging of the placenta: importance for diseases of pregnancy. *Placenta*. 2007 Apr;28(suppl A):S14-22. [Resumo](#)
41. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2):CD001998. [Resumo](#)
42. Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 Aug;84(8):716-24. [Texto completo](#) [Resumo](#)

43. Chilaka VN, Konje JC, Clarke S, et al. Practice observed: is speculum examination on admission a necessary procedure in the management of all cases of antepartum haemorrhage? J Obstet Gynaecol. 2000 Jul;20(4):396-8. [Resumo](#)
44. Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late pregnancy bleeding. Am Fam Physician. 2007 Apr 15;75(8):1199-206. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, et al. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. Obstet Gynecol Surv. 2005 Nov;60(11):741-5. [Resumo](#)
46. Gagnon A, Wilson RD, Audibert F, et al; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Genetics Committee. Obstetrical complications associated with abnormal maternal serum markers analytes. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Oct;30(10):918-32. [Resumo](#)
47. Bhide A, Prefumo F, Moore J, et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. BJOG. 2003 Sep;110(9):860-4. [Resumo](#)
48. Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, et al. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? Ultrasound Obstet Gynecol. 2001 Aug;18(2):100-2. [Resumo](#)
49. Predanic M, Perni SC, Baergen RN, et al. A sonographic assessment of different patterns of placenta previa "migration" in the third trimester of pregnancy. J Ultrasound Med. 2005 Jun;24(6):773-80. [Resumo](#)
50. Olive EC, Roberts CL, Nassar N, et al. Test characteristics of placental location screening by transabdominal ultrasound at 18-20 weeks. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Dec;28(7):944-9. [Resumo](#)
51. Comstock CH, Love JJ, Bronsteen RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4):1135-40. [Resumo](#)
52. Adeyomoye AA, Ola ER, Arogundade RA, et al. Comparison of the accuracy of trans-abdominal sonography (TAS) and transperineal sonography (TPS) in the diagnosis of placenta praevia. Niger Postgrad Med J. 2006 Mar;13(1):21-5. [Resumo](#)
53. Garcia-Bournissen F, Shrim A, Koren G. Safety of gadolinium during pregnancy. Can Fam Physician. 2006 Mar;52:309-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of alloimmunization during pregnancy: ACOG practice bulletin, No. 75. Obstet Gynecol. 2006 Aug;108(2):457-64. [Resumo](#)
55. Fan D, Wu S, Liu L, et al. Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2017 Jan 9;7:40320. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Bhide A, Thilaganathan B. Recent advances in the management of placenta previa. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Dec;16(6):447-51. [Resumo](#)

57. Gayet-Ageron A, Prieto-Merino D, Ker K, et al. Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. *Lancet*. 2018 Jan 13;391(10116):125-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Love CD, Fernando KJ, Sargent L, et al. Major placenta praevia should not preclude out-patient management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Nov 10;117(1):24-9. [Resumo](#)
59. Roberts D, Brown J, Medley N, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD004454. [Resumo](#)
60. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee opinion No. 475: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol*. 2011 Feb;117(2 Pt 1):422-4. [Resumo](#)
61. Crowther CA, McKinlay CJ, Middleton P, et al. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD003935. [Resumo](#)
62. Bose DA, Assel BG, Hill JB, et al. Maintenance tocolytics for preterm symptomatic placenta previa: a review. *Am J Perinatol*. 2011 Jan;28(1):45-50. [Resumo](#)
63. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Management of preterm labor: ACOG practice bulletin No. 43. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 Jul;82(1):127-35. [Resumo](#)
64. Neilson JP, West HM, Dowswell T. Betamimetics for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD004352. [Resumo](#)
65. European Medicines Agency. Restrictions on use of short-acting beta-agonists in obstetric indications - CMDh endorses PRAC recommendations. October 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
66. Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DN, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(6):CD002255. [Resumo](#)
67. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, et al. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD004661. [Resumo](#)
68. US Food and Drug Administration. Drug safety communication - FDA recommends against prolonged use of magnesium sulfate to stop pre-term labor due to bone changes in exposed babies. May 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
69. Becker RH, Vonk R, Mende BC, et al. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001;17:496-501. [Resumo](#)
70. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, et al. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:251-256. [Resumo](#)



71. Magan EF, Evans S, Hutchinson M, et al. Postpartum hemorrhage after cesarean delivery: an analysis of risk factors. *South Med J*. 2005;98:681-685. [Resumo](#)
72. Watanasomsiri N, Rungruxsriworn T, Chaithongwongwatthana S. Risk factors for cesarean hysterectomy in cesarean delivery. *J Med Assoc Thai*. 2006;89(suppl 4):S100-S104. [Resumo](#)
73. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou, et al. Emergency obstetric hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:223-227. [Resumo](#)
74. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, et al. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. *BJOG*. 2007;114:609-613. [Resumo](#)
75. Kennare, R, Tucker G, Heard A, et al. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2007;109:270-276. [Resumo](#)
76. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery: ACOG Practice Bulletin, No. 54. *Obstet Gynecol*. 2004;104:203-212. [Resumo](#)
77. Tuzovic L. Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;93:110-117. [Resumo](#)
78. Koifman A, Levy A, Zaulan Y, et al. The clinical significance of bleeding during the second trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278:47-51. [Resumo](#)
79. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, et al. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstet Gynecol*. 2001;98:299-306. [Resumo](#)
80. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1299-1304. [Resumo](#)
81. Salihu HM, Li QL, Rouse DJ, et al. Placenta previa: neonatal death after live births in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1305-1309. [Resumo](#)
82. Lal AK, Hibbard JU. Placenta previa: an outcome-based cohort study in a contemporary obstetric population. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292:299-305. [Resumo](#)
83. Li DK, Wi S. Maternal placental abnormality and the risk of sudden infant death syndrome. *Am J Epidemiol*. 1999;149:608-611. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010;115:637-644. [Resumo](#)
85. Machado LS. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. *N Am J Med Sci*. 2011;3:358-361. [Resumo](#)



86. Tanimura K, Yamasaki Y, Ebina Y, et al. Prediction of adherent placenta in pregnancy with placenta previa using ultrasonography and magnetic resonance imaging. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;187C:41-44. [Resumo](#)
-

## Imagens

IMAGES



*Figura 1: Placenta prévia completa na 22ª semana*

*Do acervo de aulas de Janet R. Albers, MD*



*Figura 2: Placenta prévia completa na 32ª semana*

*Do acervo de aulas de Janet R. Albers, MD*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Janet R. Albers, MD**

Professor

Department Chair, Family and Community Medicine, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

DIVULGAÇÕES: JRA has acted as an expert witness for the US Dept of Justice. JRA has received an honorarium for the development of learning material for Social Determinants of Health and Care Coordination for Relias Learning.

---

**Thomas H. Miller, MD**

Professor

Clinical Family and Community Medicine, Associate Chairman - Western Region, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

DIVULGAÇÕES: THM declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Janet R. Albers and Dr Thomas H. Miller would like to gratefully acknowledge Dr Robert Ewart and Dr Matthew Hagermeyer, previous contributors to this topic.

DIVULGAÇÕES: RE and MH declare that they have no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Yosra Tahir Jarjees, MD**

Assistant Professor

Head of Department of Obstetrics and Gynecology, Mosul College of Medicine, Mosul, Iraq

DIVULGAÇÕES: YTJ declares that he has no competing interests.

---

**John Bachman, MD**

Consultant in Family Medicine

Parker D Sanders and Isabella Sanders Professor of Primary Care, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: JB declares that he has no competing interests.