

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 1/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. PLACENTA PRÉVIA	2
2.1 Conceito e Classificação.....	2
2.2 Epidemiologia	2
2.3 Diagnóstico	3
2.4 Exame Obstétrico.....	4
2.5 Conduta.....	4
3. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)	5
3.1 Introdução.....	5
3.2 Quadro Clínico	6
3.2.1. Classificação do DPP:	6
3.3 Fatores de risco.....	7
3.4 Diagnóstico	8
3.4.1 Diagnóstico Ultrassonográfico	8
3.4.2 Exames Laboratoriais.....	9
3.5 Diagnóstico Diferencial.....	9
3.6 Conduta.....	9
3.6.1 Conduta Obstétrica:.....	10
3.7 Complicações no Pós-Parto:.....	11
4. ROTURA UTERINA	12
4.1 Conceito e classificação	12
4.2 Epidemiologia e fatores de risco	12
4.3 Quadro clínico.....	13
4.4 Conduta.....	13
5. VASA PRÉVIA	14
6. FLUXOGRAMA DE DECISÕES PARA DIAGNÓSTICO DE SANGRAMENTO NA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	15
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
8. HISTÓRICO DE REVISÃO	17

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 2/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

1. INTRODUÇÃO

As hemorragias na segunda metade da gestação constituem-se em frequentes diagnósticos em obstetrícia. São uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. A morbimortalidade perinatal está relacionada principalmente aos altos índices de prematuridade.

Várias são as possíveis causas de sangramento. Entre as causas obstétricas, as mais importantes são o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia, que correspondem a até 50% dos diagnósticos. Não podem ser esquecidas a rotura uterina e a rotura da vasa prévia, que também são importantes causas obstétricas. Entre as causas não obstétricas, pode ocorrer o sangramento proveniente do colo do útero durante a dilatação no trabalho de parto, cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo de útero e trauma vaginal.

Os prognósticos materno e fetal vão depender do diagnóstico correto da causa do sangramento e conduta adequada com base nesse diagnóstico.

2. PLACENTA PRÉVIA

2.1 Conceito e Classificação

A inserção placentária deve ser classificada em alta ou baixa, levando-se em consideração a distância entre o bordo da placenta e o orifício cervical interno. Quando essa distância é superior ou igual a 20mm a placenta apresenta inserção alta e, quando é inferior a 20mm, a inserção é baixa (anteriormente denominada placenta marginal).

A placenta prévia é definida quando o tecido placentário total ou parcialmente inserido no segmento inferior do útero, se estende sobre o orifício cervical interno, de forma parcial ou total, após 28 semanas de gestação. (Anteriormente denominada placenta prévia centro-total ou centro-parcial).

2.2 Epidemiologia

Em revisões sistemáticas, a prevalência combinada de placenta prévia é de aproximadamente 4 por 1.000 nascimentos, mas varia em todo o mundo. A prevalência é várias vezes maior em torno de 20 semanas de gestação (até 2%) do que no nascimento, porque a maioria dos casos diagnosticados no início da gravidez se resolve antes do parto, tendo em vista que com o crescimento uterino a placenta vai distanciando do orifício cervical interno.

O principal fator de risco para placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, e entre elas a principal é a cesariana anterior. Dentre os fatores de risco destaca-se: número de cesarianas

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 3/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

prévias, gestações múltiplas, antecedente de placenta prévia, número de curetagens uterinas, idade materna avançada, multiparidade e tabagismo.

A chance de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para aquelas mulheres que possuem uma cicatriz uterina. Com uma cesariana anterior, o risco de placenta prévia pode ser de 4,5 vezes maior; com duas cesáreas pode ser 7,4 vezes; com três 6,5 vezes e com quatro ou mais chega a 45 vezes maior. Se o risco de hemorragia com placenta prévia por si só é importante, a combinação com uma ou mais cesarianas prévias pode tornar este risco consideravelmente maior, com resultados às vezes catastróficos.

Ademais, a placenta com implantação anormal, que invade o miométrio, denomina-se placenta acreta, o que também amplia de forma exponencial o risco de hemorragias graves e outras complicações associadas, podendo a gestante necessitar de uma histerectomia.

A morbidade materna da placenta prévia é decorrente, principalmente, da hemorragia que ela provoca.

2.3 Diagnóstico

Deve-se suspeitar de placenta prévia em qualquer mulher com mais de 24 semanas de gestação que apresentar sangramento vaginal, geralmente indolor, vermelho vivo, imotivado, de início súbito e autolimitado.

As mulheres que não realizaram ultrassonografia no segundo ou terceiro trimestre, e que venham a apresentar sangramento, deverão realizar o exame para determinar a localização da placenta antes da realização do exame vaginal digital, já que a palpação da placenta pode causar hemorragia grave.

Nas placentas prévias de inserção baixa, muitas vezes o sangramento não se apresenta até o momento do parto. Algumas gestantes, com placenta prévia podem apresentar um sangramento entre a 26ª e 28ª semana de gestação, chamado de sangramento sentinela. Nestas, o sangramento é intermitente e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes. Pode haver contrações uterinas, mas não há aumento do tônus entre as contrações. Na presença de acretismo, é comum não haver sangramento até o parto.

A ultrassonografia transvaginal é considerada o padrão-ouro e identifica exatamente a localização do bordo placentário e a sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero. Esse exame deve ser realizado de maneira cuidadosa, introduzindo o transdutor de forma que não atinja o colo uterino. O número de falsos positivos no exame realizado pela via transvaginal é menor do que quando realizado pela via abdominal.

Se a suspeita da placenta prévia acontecer antes de 28 semanas de gestação, uma nova avaliação deve ser realizada por volta de 32 semanas de gestação. Cerca de 90% das placentas prévias diagnosticadas no 2º trimestre tem resolução até o termo. Estando relacionado ao fato de a placenta recobrir ou não o orifício interno do colo uterino.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 4/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

Nos casos em que a hemorragia é acompanhada de contrações uterinas, deve ser afastado o descolamento prematuro de placenta.

2.4 Exame Obstétrico

O exame obstétrico deve incluir:

- Palpação abdominal onde se verifica que o útero apresenta consistência normal e indolor; algumas contrações uterinas podem ser observadas após episódio hemorrágico, com tônus normal nos seus intervalos;

- A medida da altura uterina;

- A ausculta dos batimentos cardíacos fetais;

- Exame especular: o colo uterino pode estar de aspecto normal ou pode apresentar tampão mucoso sanguinolento, coágulo na vagina ou sangramento.

- **Não** realizar toque vaginal.

2.5 Conduta

A conduta será baseada na idade gestacional, intensidade do sangramento transvaginal e presença ou não de contrações uterinas.

Na confirmação de placenta prévia e sangramento ativo:

- Transferir a paciente para centro de referência;

- Puncionar 2 acessos venosos calibrosos com infusão de solução cristalóide a fim de manter a estabilidade hemodinâmica e o débito urinário acima de 30 ml/h.

- A pressão e o pulso arterial devem ser aferidos a cada hora ou a intervalos menores dependendo da intensidade do sangramento.

- Colher exames laboratoriais: hemograma, classificação sanguínea, uréia e creatinina. Se a mãe for Rh negativo e houver sangramento, ela deverá receber a imunoglobulina anti-D.

- Gestação entre 24 – 34 semanas administrar corticóide para amadurecimento pulmonar fetal: Betametasona 12mg IM a cada 24h por 2 dias (2 doses) OU Dexametasona 6mg IM de 12/12h por 2 dias (4 doses).

Sangramento transvaginal sem repercussão hemodinâmica com feto pré-termo

- Conduta expectante com monitorização materno e fetal.

- Repouso

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 5/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

- Suplementação de ferro elementar 60mg 3 a 4 vezes ao dia, via oral
- Administração de tocolítico, em caso de contrações uterinas, ainda é controverso.

Interrupção imediata da gestação por cesárea:

- Sangramento transvaginal intenso com alteração hemodinâmica
- Vitalidade fetal alterada
- Idade gestacional acima de 37 semanas
- Maturidade fetal comprovada

Nas placentas posteriores e nas anteriores sem acretismo, deve ser realizada uma histerotomia transversa. Se a placenta ficar à mostra, esta deve ser descolada manualmente, no sentido da menor área placentária, para que se possa ter acesso à cavidade uterina. A incisão deve ser a segmento corporal (vertical) nos casos de segmento inferior não formado ou segmento inferior com vasos muito calibrosos. Quando a placenta for anterior, mas suspeitar-se de acretismo placentário, também, deve ser executada a incisão segmento corporal ou a histerotomia fúndica vertical.

- Parto Vaginal

Pode ser possível em casos selecionados de placenta de inserção baixa, sem complicações.

3. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

3.1 Introdução

O descolamento prematuro da placenta (DPP), é a separação da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Resulta de uma série de processos fisiopatológicos, muitas vezes de origem desconhecida. O DPP é um evento dramático que acomete 0,5 a 3,0% das gestações, com elevado potencial de causar resultados devastadores e representa importante causa entre as síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação.

É uma das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, de anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea, histerectomia e até morte materna; podem ocorrer ainda complicações perinatais, como prematuridade, restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é descrito como a principal causa de óbito perinatal.

A hipertensão é responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos. Tanto a pré-eclâmpsia quanto a hipertensão arterial crônica são fatores de risco importantes para o DPP. A ausência de hipertensão no momento da chegada não exclui a etiologia hipertensiva, já que a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 6/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

gestante pode estar chocada. Os procedimentos relacionados à estabilização de uma gestante com distúrbios hipertensivos devem ser considerados (como por exemplo o sulfato de magnésio).

O acidente automobilístico é a maior causa de DPP relacionada ao trauma. O descolamento pode ocorrer pela desaceleração ou por trauma direto ao abdome. Esse diagnóstico muitas vezes é subestimado devido ao não uso de monitoração fetal em gestantes vítimas de traumas. A monitoração fetal rotineira nessas gestantes diminuiria o número de perdas fetais decorrentes de trauma automobilístico.

3.2 Quadro Clínico

- Sangramento vaginal escurecido associado a dor abdominal (sintoma mais frequente) súbita e intensa, dor à palpação do útero e contrações uterinas, cursando com taquissístolia ou hipertonia;

- Ao exame físico obstétrico pode evidenciar sangramento genital visível externamente, hipertonia e/ou hiper-reatividade uterina, ausculta fetal difícil ou ausente, bolsa das águas tensa ao toque e aumento progressivo da altura uterina (nos casos de sangramento oculto);

- Ao exame físico geral, nos quadros de maior gravidade, pode-se observar convergência tensional, hipotensão, estado pré-choque ou choque hipovolêmico, sinais indiretos de coagulação intravascular disseminada (CIVD), como petéquias, equimoses e hematomas;

- Coagulopatia: a CIVD ocorre em 10 a 20% dos casos de DPP grave e raramente é observada com feto vivo.

- Alterações da vitalidade fetal: nos casos agudos, comumente observam-se alterações na cardiotocografia (bradicardia ou taquicardia fetal persistente, padrão sinusoidal ou desacelerações tardias) ou no PBF (perfil biofísico fetal) indicativas de insuficiência uteroplacentária aguda.

- Todos esses sinais podem ou não estar presentes e a quantidade de sangramento vaginal também não apresenta boa correlação com a extensão da hemorragia materna e não deve ser utilizada como parâmetro da gravidade do quadro.

3.2.1. Classificação do DPP:

A separação da placenta pode ser parcial ou total e é classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com a classificação de Sher:

Grau I: Assintomático ou sangramento transvaginal discreto sem hipertonia uterina significativa e com vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.

Grau II: Sangramento transvaginal moderado com hipertonia uterina. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 7/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau III: óbito fetal e alterações acentuadas de hipotensão arterial materna e hipertonia uterina. Divide-se em:

Grau IIIA: Sem coagulopatia instalada.

Grau IIIB: Com coagulopatia instalada.

Pode ocorrer hipertonia uterina com sangramento oculto, uma vez que a instabilidade hemodinâmica pode ocorrer mesmo sem a exteriorização do sangramento.

3.3 Fatores de risco

O DPP prévio é o fator de risco mais importante para o descolamento, com riscos de recorrência de 10 a 15 vezes maiores (Tabela 1). As síndromes hipertensivas representam a condição clínica mais frequentemente associada ao DPP. As mulheres hipertensas têm um risco cinco vezes maior de DPP grave em comparação com mulheres normotensas, e a terapia anti-hipertensiva não parece reduzir o risco de descolamento placentário entre mulheres com hipertensão crônica.

FATORES DE RISCO PARA DPP

» *Sociodemográficos e comportamentais*

- Idade materna ≥ 35 anos e < 20 anos
- Paridade ≥ 3
- Raça Negra
- Mães solteiras
- Tabagismo, uso de álcool e drogas
- Infertilidade de causa indeterminada

» *Fatores maternos na gestação atual*

· Síndromes hipertensivas – responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos

- Hiper-homocisteinemia
- Trombofilia
- Diabetes pré-gestacional
- Hipotireoidismo
- Anemia

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 8/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

- Mal formação uterina
- Rotura Prematura de Membranas
- Corioamnionite
- Oligoâmnio/Polidrâmnio
- Placenta prévia
- Gestações múltiplas
- Trauma (automobilístico, brevidade do cordão, versão externa, torção do útero gravídico, retração uterina intensa)
- Amniocentese/Cordocentese
- » *Fatores maternos em gestações anteriores*
- Cesárea anterior
- Abortamentos
- Pré-eclâmpsia
- Natimorto
- Descolamento Prematuro de Placenta – aumenta o risco em 3% a 15 %.

3.4 Diagnóstico

É essencialmente clínico, com sangramento transvaginal e dor abdominal intensa, muitas vezes acompanhado de contrações uterinas hipertônicas e um padrão não tranquilizador na frequência cardíaca.

Pode ocorrer de forma assintomática (com diagnóstico intraparto e visibilização direta de coágulos intrauterino ou retroplacentário).

3.4.1 Diagnóstico Ultrassonográfico

A ultrassonografia mostra-se útil apenas para excluir casos de placenta prévia ou quando o diagnóstico clínico de DPP é duvidoso. Sinais ultrassonográficos sugestivos: visualização do coágulo retro placentário, descolamento periférico da placenta, aumento localizado da espessura placentária, elevações da placa coriônica e imagens compatíveis com coágulos no estômago fetal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 9/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

3.4.2 Exames Laboratoriais

Exames laboratoriais não se mostram úteis para o diagnóstico de DPP, deverão ser solicitados para avaliação hemodinâmica e conduta da paciente.

O grau de hemorragia materna correlaciona-se com o grau de anormalidade hematológica; os níveis de fibrinogênio apresentam a melhor correlação com a gravidade do sangramento, a coagulação intravascular disseminada e a necessidade de transfusão de múltiplos produtos sanguíneos. O valor inicial de fibrinogênio ≤ 200 mg / dL tem um valor preditivo positivo de 100 por cento para hemorragia pós-parto grave, enquanto que níveis de ≥ 400 mg/dL têm um valor preditivo negativo de 79 por cento. O DPP leve pode não estar associado a quaisquer anormalidades dos testes de hemostasia comumente usados. O DPP grave pode levar à coagulação intravascular disseminada (CIVD) e em 10 a 20 % dos casos leva ao óbito fetal. O diagnóstico de CIVD aguda é confirmado pela demonstração de aumento da geração de trombina (por exemplo, diminuição do fibrinogênio) e aumento da fibrinólise (por exemplo, produtos elevados de degradação de fibrina [PDF] e D-dímero). No entanto, os achados de laboratório sugestivos de CIVD leve precisam ser interpretados com cautela durante a gravidez devido ao aumento normal relacionado à concentração de quase todos os fatores de coagulação e uma diminuição leve normal na contagem de plaquetas que ocorrem fisiologicamente na gestação.

3.5 Diagnóstico Diferencial

Em mulheres grávidas com suspeita de descolamento prematuro de placenta, o diagnóstico diferencial de sangramento vaginal acompanhado de dor e contrações inclui trabalho de parto, placenta prévia, rotura uterina e hematoma subcoriônico. A apresentação clínica característica da placenta prévia é sangramento vaginal indolor após 20 semanas de gestação. No entanto, 10 a 20% das mulheres apresentam contrações uterinas associadas ao sangramento. Assim, o DPP e a placenta prévia podem ser difíceis de distinguir clinicamente, uma vez que o descolamento pode não estar associado a dor significativa e a placenta prévia pode não ser indolor.

A rotura uterina é mais comum em mulheres com histerotomia prévia. Os sinais de rotura uterina podem incluir anormalidades do ritmo cardíaco fetal, sangramento vaginal, dor abdominal constante, cessação das contrações uterinas, hipotensão materna e taquicardia. Muitos desses sintomas são comuns ao descolamento, porque a rotura uterina geralmente leva à DPP.

3.6 Conduta

Na vigência de hemorragia aguda, a assistência imediata é fundamental para assegurar um melhor prognóstico materno-fetal.

- Cuidados hemodinâmicos maternos:

- Cateterização venosa de acordo com a gravidade. Utiliza-se cateter periférico ou intracath;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 10/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

• Sondagem vesical para avaliação do volume urinário e indiretamente da função renal;

- Oxigênio úmido em máscara aberta;
- Monitorização contínua da pressão arterial, frequência cardíaca e diurese;
- Avaliação laboratorial:

o Hemoglobina e Hematócrito;

o Avaliação da coagulação: teste de Weiner (Um teste simples, de baixo custo e com resultado rápido pode ser realizado para avaliar o estado de coagulação da gestante, através da coleta de 10ml de sangue em tubo de ensaio seco que deve ser mantido em temperatura ambiente. Após 7 a 10 minutos, deverá haver a formação de um coágulo firme; se isso não ocorrer, a coagulopatia está instalada), coagulograma completo (plaquetas inferiores a 100.000 mm e TTPA elevado são sinais de CIVD), fibrinogênio plasmático (quando menor que 100mg% indica coagulopatia de consumo). Avaliar produtos da degradação da fibrina;

o Avaliação da função renal: uréia, creatinina e débito urinário (oligúria quando se observa débito inferior a 25 ml/ hora em 4 horas e/ ou menos de 400 ml em 24 horas);

o Avaliação metabólica e da função respiratória pela gasometria arterial.

- Reposição volêmica o mais precoce possível e a medida do necessário com cristalóides, concentrado de hemácias, plasma fresco, crioprecipitados e plaquetas. Ressalta-se a importância de reposição de hemoderivados.

3.6.1 Conduta Obstétrica:

- A monitorização cardíaca fetal contínua desde que o feto esteja em risco de hipoxemia ou desenvolver acidose.

- De um modo geral, nos casos de feto viável, quando o parto vaginal não for iminente, a via de parto preferida deve ser a abdominal por cesárea de emergência.

- Nos casos de feto vivo com cardiocotografia (CTG) categoria III e o parto vaginal for iminente (próximos 20 minutos) pode-se optar pelo parto vaginal espontâneo ou instrumental. Se parto vaginal não for iminente, deve-se indicar a cesárea.

- Nas situações de feto vivo com CTG categoria II: a via de parto dependerá da idade gestacional, dilatação cervical, e se existe instabilidade fetal ou materna.

- Nos fetos vivos com CTG categoria I: a via de parto dependerá da estabilidade hemodinâmica materna e da idade gestacional.

- Na presença de feto morto e mãe hemodinamicamente estável deve-se optar pelo parto vaginal.

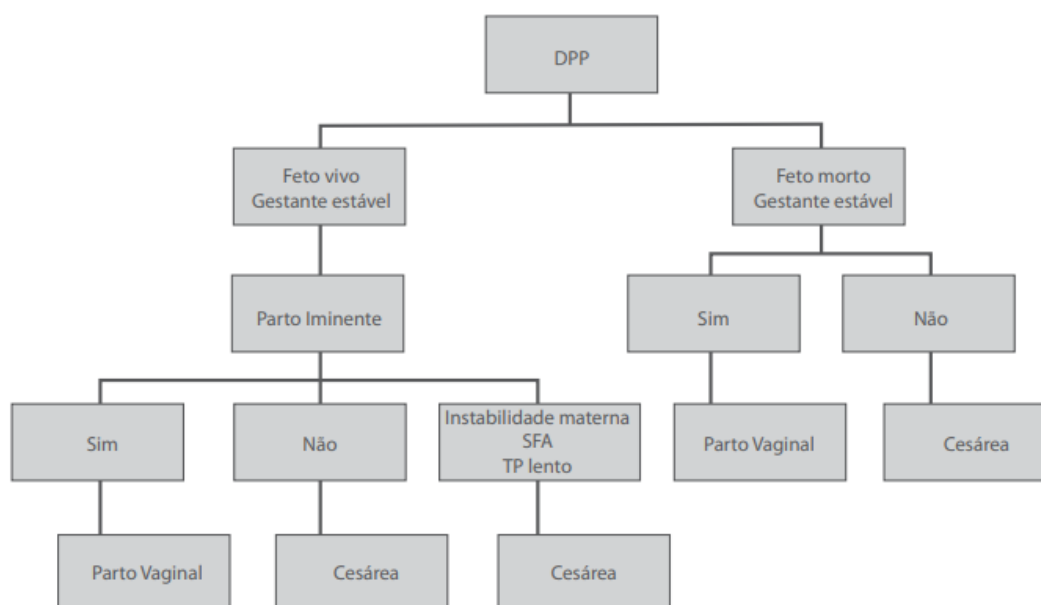
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 11/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

• A amniotomia se faz necessária para reduzir hemorragia materna e passagem de tromboplastina para a corrente sanguínea da mãe, além dos seguintes benefícios:

- Reduzir a compressão da veia cava inferior
- Dificultar a ampliação do descolamento
- Melhorar a hipertonia uterina
- Coordenar as contrações uterinas
- Evidenciar o hemoâmnio
- Diminuir a pressão intra-uterina
- Induzir ou acelerar o parto

• A ocitocina pode ser administrada se houver necessidade de induzir o parto. O parto deverá ocorrer dentro de 4 a 6 horas e o quadro clínico reavaliado a cada hora.

• Após o parto a monitorização materna rigorosa se impõe, principalmente quando se identifica a presença de útero de Couvelaire como achado intraoperatório e pelo risco de evoluir com necrose tubular renal aguda e Síndrome de Sheehan.



3.7 Complicações no Pós-Parto:

• Apoplexia miometrial (útero de Couvelaire): aspecto tigróide com sufusões hemorrágicas, fibras musculares dissociadas com infiltração sanguínea e capilares dilatados → atonia uterina;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 12/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

o Tratamento: Ocitocina; Methergin; Misoprostol retal 800 mcg; Histerectomia.

- Necrose Tubular Aguda;
- Síndrome de Sheehan.

4. ROTURA UTERINA

4.1 Conceito e classificação

É uma complicação muito grave em obstetrícia sendo uma importante causa de morbimortalidade materna. A rotura uterina é classificada em:

- Completa: quando há rotura total da parede uterina. É uma urgência obstétrica, levando a risco de vida tanto da mãe quanto do feto.
- Incompleta: quando o peritônio parietal permanece intacto. Geralmente não é complicada, podendo permanecer assintomática após um parto vaginal.

4.2 Epidemiologia e fatores de risco

A incidência varia muito dependendo do país, podendo variar de 1 a cada 585 partos a 1 a cada 6.673 partos.

O maior fator de risco para rotura é a presença de cicatriz uterina e o antecedente de cesariana é o principal delas. Outras causas possíveis são antecedentes de curetagem uterina com perfuração, miomectomia, acretismo placentário, trauma abdominal, anomalias uterinas, hiperdistensão uterina, uso inapropriado de ocitocina.

O tipo de incisão da cesárea prévia também deve ser considerado. A incisão corporal apresenta um risco maior de rotura em comparação com a segmentar transversa, com piores prognósticos materno e perinatal. O risco de rotura após uma cesárea com incisão corporal é de 4–9% enquanto após uma com incisão segmentar transversa é de 0,2–1,5%.

Paradoxalmente, o risco de rotura uterina na gestante com uma cesariana prévia durante o trabalho de parto é de 1% e quando essa gestante apresenta um parto vaginal anterior à cesariana esse risco é ainda menor. Por esse motivo, não há evidências que suportem a realização de cesárea eletiva em gestantes com uma cesárea anterior. Os riscos da segunda cesariana suplantam os riscos da rotura durante o trabalho de parto.

As gestantes que possuem duas ou mais cesáreas prévias têm um risco de rotura uterina que em alguns estudos foi semelhante e em outros foi duas vezes maior quando comparadas às mulheres com uma cesariana prévia. O risco absoluto de rotura ainda é baixo (em torno de 2%). É importante ressaltar que os riscos cirúrgicos de uma cesárea após duas ou mais cesáreas, como

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 13/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

sangramentos excessivos, aderências, lesões de bexiga ou intestinos e até hysterectomias são significativos e devem ser considerados quando se avaliam riscos e benefícios de se tentar uma prova de trabalho de parto ou se indica um procedimento de repetição. As chances de sucesso de se conseguir um parto normal são semelhantes após uma ou mais cesáreas.

O uso de ocitocina para condução do trabalho de parto não aumenta o risco de rotura quando comparado ao trabalho de parto espontâneo. Porém, vale ressaltar que esse uso deve ser criterioso e monitorado como em todo trabalho de parto conduzido com ocitócicos. Já o uso de prostaglandinas para amadurecimento cervical não é recomendado em presença de cesárea anterior, devido ao aumento do risco de rotura uterina.

A rotura uterina pode cursar também com lesão vesical, o que ocorre em 0,1% dos casos.

4.3 Quadro clínico

A rotura uterina pode ocorrer no pré-parto, intraparto e pós-parto. O trauma abdominal é uma importante causa de rotura uterina pré-parto, podendo ser um achado intraoperatório de uma cesárea eletiva.

No intraparto, quando a rotura é mais frequente, o achado mais característico é a perda súbita dos batimentos cardíacos fetais. A gestante pode ou não apresentar sangramento vaginal, sinais e sintomas de choque hipovolêmico, com taquicardia importante e hipotensão, e parada das contrações após dor forte. Na palpação abdominal, as partes fetais são facilmente palpadas no abdome materno e, ao toque vaginal, há a subida da apresentação.

O diagnóstico de rotura uterina é tipicamente realizado na laparotomia pela visualização de rotura completa de todas as camadas uterinas com sangramento ativo e hemoperitônio. Mais de 90% das roturas uterinas ocorrem no segmento uterino inferior anterior, mas o corpo, o colo do útero, a parede vaginal, o útero posterior ou o paramétrio podem estar envolvidos. Em sendo identificada, deve ser prontamente corrigida cirurgicamente.

4.4 Conduta

Em primeiro lugar deve-se conseguir a estabilidade hemodinâmica da gestante iniciando o ABC da reanimação: vias aéreas pérvias, respiração – fornecer O₂ em máscara a 10l/min ou cateter a 5l/min, puncionar dois acessos venosos calibrosos infundindo 1.000ml de solução cristalóide em cada acesso na velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manter com a velocidade de infusão de 250ml/hora.

Deve ser realizada laparotomia imediatamente com anestesia geral para não agravar ainda mais a hipotensão. Nos casos mais graves, na abertura da cavidade o feto é encontrado total

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 14/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

ou parcialmente localizado no abdome materno juntamente com a placenta. Nesses casos o prognóstico fetal é muito ruim, sendo causa importante de óbito perinatal.

Em casos de acretismo placentário, é frequente a observação do local da rotura junto à implantação placentária, mostrando uma relação entre o acretismo e a rotura uterina. Nesses casos, o uso da ultrassonografia endovaginal é útil para a medida da espessura da parede uterina, e a ressonância magnética poderá confirmar o diagnóstico de acretismo.

Em geral é necessário realizar histerectomia para tratar a rotura uterina, pois ocorrem lesões vasculares, com dificuldade de conservação do útero.

A decisão de realizar a histerectomia ou reparar o defeito é baseada em uma combinação de fatores, incluindo o desejo do paciente por uma gravidez futura, a extensão do dano uterino da rotura, a estabilidade hemodinâmica e anestésica intraoperatória do paciente e a habilidade do cirurgião para reparar uma rotura complicada.

Se o defeito for reparado, uma abordagem razoável é o fechamento de duas ou três camadas com uma sutura absorvível, semelhante ao reparo de qualquer hysterotomia. Se a laceração se estender para a bexiga ou se houver suspeita de lesão ureteral decorrente da laceração ou de seu reparo, sugerimos uma consulta intraoperatória com um cirurgião urológico experiente.

Nas gestações futuras, a cesariana deve ser agendada antes do parto. Acredita-se que o parto em 36 + 0 a 37 + 0 semanas é razoável. Em geral, a morbidade em prematuros tardios é baixa e considerada aceitável quando comparada às possíveis consequências maternas e fetais da rotura recorrente no trabalho de parto. Corticosteroides são administrados 48 horas antes da cesariana, se não tiver sido administrado anteriormente.

5. VASA PRÉVIA

A vasa prévia é definida como sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do colo. Está associada à inserção anormal dos vasos fetais dentro das membranas.

Os vasos membranosos podem estar associados à inserção velamentosa de cordão (vasa anterior tipo 1) ou podem conectar os lóbulos de uma placenta bilobada ou placenta e um lobo sucenturiado (vasa prévia tipo 2).

É uma causa rara de hemorragia, ocorrendo geralmente em gestantes com implantação baixa da placenta, inserção velamentosa de cordão e nas gestações concebidas por técnicas de reprodução assistida.

A perda sanguínea é de origem fetal, fato este que mostra a urgência do seu diagnóstico. Raramente, o sangramento fetal ocorre sem ruptura da membrana. O sangramento geralmente resulta rapidamente em hipotensão, levando a anormalidades da frequência cardíaca

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 15/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

fetal, como um padrão sinusoidal; a morte fetal devido à exsanguinação pode ocorrer em poucos minutos. As taxas de mortalidade fetal são altas, ao redor de 50%.

O diagnóstico pré-parto é difícil, podendo ser percebido por intermédio do toque vaginal e pela amnioscopia (com a visualização dos vasos sanguíneos atravessando as membranas pelo orifício interno do colo). A ultrassonografia transvaginal com Doppler colorido pode detectar a vasa prévia no anteparto e deve ser considerada em gestantes de alto risco (placenta prévia, inserção velamentosa de cordão).

Vários especialistas clínicos do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) recomendam a triagem direcionada para vasa prévia usando a ultrassonografia transvaginal e o Doppler colorido como parte do exame obstétrico em casos de gestações que apresentam histórico de placenta baixa, placenta multilobada, placenta lobada excêntrica em gestação anterior. A Sociedade de Medicina Fetal recomenda especificamente um ultrassom transvaginal de acompanhamento às 32 semanas de gestação para mulheres diagnosticadas com placenta prévia ou placenta baixa no ultrassom no segundo do trimestre.

Devido ao risco aumentado de parto prematuro de emergência no terceiro trimestre, os especialistas sugerem a administração de um curso de betametasona entre 24 e 34 semanas de gestação e vigilância rigorosa materno fetal, podendo ser necessária a internação hospitalar entre 30 e 34 semanas de gestação, para tal vigilância.

Cesárea de emergência — nas seguintes situações:

- Trabalho de parto.
- Ruptura prematura das membranas.
- Alteração da vitalidade fetal.
- Sangramento vaginal acompanhado de taquicardia fetal, um padrão de frequência cardíaca sinusoidal

O sangue O negativo deve estar disponível para transfusão de emergência, caso o recém-nascido apresente quadro de anemia grave.

Cesárea programada — de acordo com a ACOG, o parto por cesárea deverá ser programado para acontecer entre 34 e 37 semanas de gestação, caso não aconteça nenhuma intercorrência.

6. FLUXOGRAMA DE DECISÕES PARA DIAGNÓSTICO DE SANGRAMENTO NA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 16/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

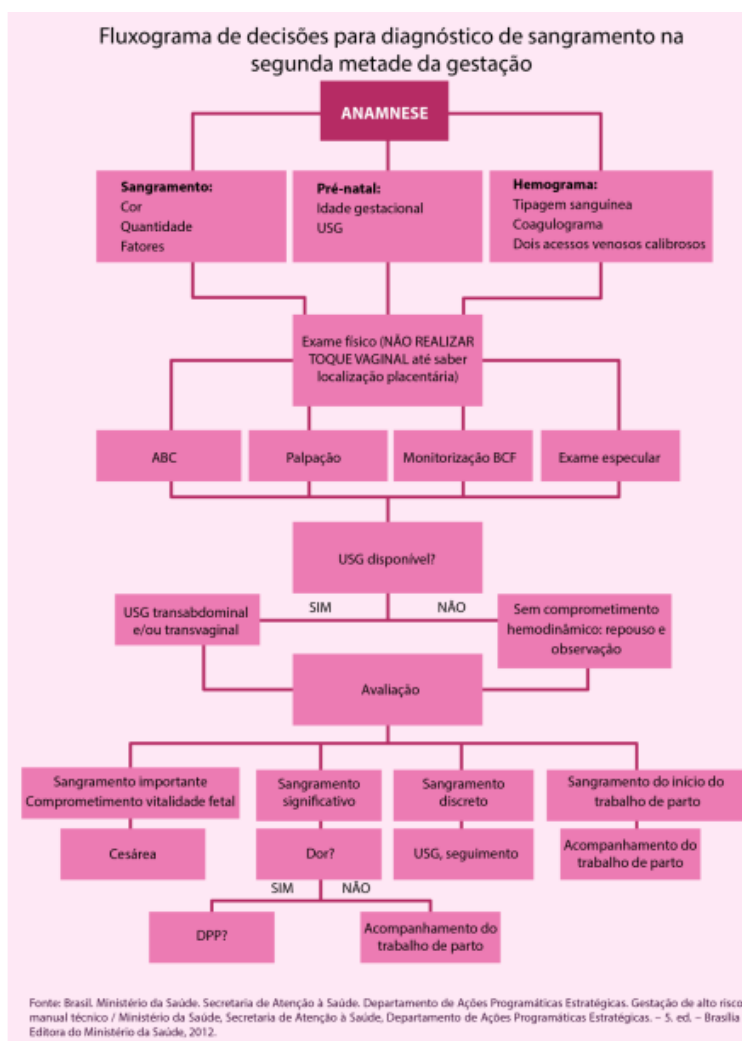


Figura 1. Fluxograma de decisões para diagnóstico de sangramento na segunda metade da gestação

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ananth, Cande V PhD, MPH, Wendy L Kinzler, MD, FACOG. **Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences** – UpToDate

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. **Hemorragias da segunda metade da gestação.** p.52-64.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 17/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

Landon, Mark B MD, Heather Frey, MD, MSCI. **Uterine rupture: After previous cesarean delivery** – UpToDate

Lockwood, Carlos J MD, MHCM, Karen Russo-Stieglitz, MD. **Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality** – UpToDate

Lockwood, Carlos J MD, MHCM, Karen Russo-Stieglitz, MD. **Placenta previa: Management** – UpToDate

Moura, Victor A. Sampaio, Zuleika S. Feitosa, Francisco E L. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Inserção Baixa de Placenta**. Cap.20. p.641-644.

Smith, James F MD, D. Bioética, Dr. Joseph Wax, MD. **Uterine rupture: Unscarred uterus** – UpToDate

Tikkanen M. **Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–9.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 15/05/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA</p> <p>VIA SEI</p>
--	---

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.041 - Página 18/18	
Título do Documento	HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

Revisão Nome: SIAPE: Função:	Data: ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Validação Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS	Data: ___/___/_____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Aprovação Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde	Data: ___/___/_____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.041.



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Martins Nobrega, Médico(a)**, em 26/08/2021, às 18:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 26/08/2021, às 21:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 14/09/2021, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15844931** e o código CRC **86B1D6E1**.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO (14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);

- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);

- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO (14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);

- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);

- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ (14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);

- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ (14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);

- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO (14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);

- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE (15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);

- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL (15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);

- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE (15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);

- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);

- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA (15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);

- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL (15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);

- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);

- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA (15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ (15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ (15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA (15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL (15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568