



Hemorragia na segunda metade da gravidez

- 1 Introdução
- 2 Descolamento prematuro da placenta
 - 2.1 Manifestação clínica
 - 2.2 Tratamento
- 3 Placenta prévia
 - 3.1 Manifestação clínica
 - 3.2 Tratamento
 - 3.3 Parto
- 4 Hemorragia de origem indeterminada
- 5 Conclusões

1 Introdução

A hemorragia na segunda metade da gravidez não é mais uma causa comum de morte materna nos países industrializados, mas ainda é uma importante causa de mortalidade perinatal e de morbidade materna e do lactente. Aproximadamente metade das mulheres com hemorragia na segunda metade da gravidez apresenta descolamento prematuro da placenta ou placenta prévia. Na outra metade, freqüentemente não é possível estabelecer um diagnóstico.

2 Descolamento prematuro da placenta

O descolamento prematuro da placenta, ou hemorragia retroplacentária, é uma causa importante de mortalidade perinatal de fetos normalmente formados. Embora hoje, felizmente, a mortalidade materna seja rara, a morbidade materna na forma de hemorragia, choque, coagulação intravascular disseminada e insuficiência renal é suficientemente freqüente para justificar o tratamento intensivo.

A freqüência do diagnóstico de descolamento prematuro da placenta variará com os critérios usados. A taxa de mortalidade perinatal quando há descolamento prematuro da placenta confirmado é alta, freqüentemente maior que 300 por 1.000. Mais da metade das mortes perinatais é causada por morte fetal antes de a mãe chegar ao hospital. As mortes neonatais estão relacionadas principalmente com as complicações do parto pré-termo. Entre os lactentes sobreviventes, as taxas de angústia respiratória, persistência do canal arterial, baixos índices de Apgar e anemia são mais comuns que em séries hospitalares não-selecionadas.

2.1 Manifestação clínica

O descolamento prematuro da placenta pode ocorrer em qualquer fase da gravidez. Pode-se suspeitar do diagnóstico em qualquer gestante com dor abdominal aguda, com ou sem hemorragia. Os casos leves podem não ser evidentes clinicamente.

No grave descolamento prematuro da placenta pode haver hemorragia vaginal intensa ou sinal de aumento do perímetro abdominal, se houver retenção de sangue no útero. A hipertonia uterina é um sinal físico comum nos graus mais intensos de descolamento prematuro da placenta, particularmente quando o feto está morto. Nesses casos, a mulher geralmente sente dor intensa e pode estar em estado de choque devido à hipovolemia. A ausência de coagulação pode ser evidente no sangue vaginal. Outros sinais de distúrbios da coagulação podem ser hemorragia gengival ou nos locais de punção venosa, ou hematúria.

A quantidade de sangue perdido pode não ser óbvia — parte pode ter ocorrido antes da internação, e grandes volumes de sangue podem estar retidos no útero. Os sinais clínicos de hipovolemia podem ser mascarados por aumento da resistência periférica. A perfusão cerebral e cardíaca pode estar preservada, embora haja risco para o fluxo sanguíneo renal. Isso ficará evidente pela diminuição da produção de urina.

A ultra-sonografia do útero e do seu conteúdo tem papel importante no diagnóstico diferencial de hemorragia pré-parto. Mais importante é sua capacidade de localizar a placenta. Uma placenta em posição baixa traz a placenta prévia para o diagnóstico diferencial, enquanto uma placenta posterior poderia tornar o diagnóstico de descolamento prematuro da placenta mais provável em uma mulher com dor nas costas. Nem sempre o diagnóstico de hematoma retroplacentário por ultra-sonografia é direto.

2.2 Tratamento

Na suspeita de descolamento prematuro da placenta de grau leve, os sintomas podem desaparecer. Se houve sangramento, este pode cessar, sendo a condição fetal aparentemente satisfatória. Pode ser impossível confirmar o diagnóstico. Nesse caso, pode-se permitir com segurança que a mulher vá para casa após um período de observação, como se faz na hemorragia de origem desconhecida.

No descolamento prematuro da placenta moderado e grave, a ressuscitação materna e a analgesia são prioridades. A restauração do volume circulante e o esvaziamento do útero são as bases do tratamento. O uso de sangue total tornou-se tradicional na reposição de volume nessas mulheres. Entretanto, é provável que uma infusão de solução cristalóide antes da infusão de sangue seja benéfica. Provavelmente é melhor usar plasma fresco congelado, na dose de 1 unidade para cada 4-6 unidades de hemácias transfundidas, a fim de repor os fatores da coagulação. Não foram feitas tentativas sistemáticas de estudar alternativas para a transfusão de sangue nesse distúrbio. Os substitutos do plasma, como a proteína plasmática, o dextrano, a gelatina e o amido, podem produzir reações adversas, e o dextrano, em particular, pode interferir com a função plaquetária *in vivo* e a prova cruzada *in vitro*.

Deve-se pesquisar um distúrbio da coagulação, embora os distúrbios clinicamente importantes sejam raros quando o feto está vivo. Em geral, o processo de coagulação intravascular disseminada começa a se resolver após o parto.

Quando o feto está vivo, deve ser tomada uma decisão a respeito do momento e do modo de parto ideais para aumentar as chances de sobrevivência, com base na maturidade fetal estimada. Antigamente, a política habitual era o parto vaginal a qualquer custo razoável, porque o prognóstico do recém-nascido era muito ruim. Mais recentemente, passou-se a empregar cesariana a fim de salvar o bebê, e em muitos casos houve aumento da sobrevivência do recém-nascido pré-termo. Entretanto, uma série recente sugere que a tentativa de realizar parto vaginal, induzir ou aumentar o trabalho de parto com ocitocina quando necessário e utilizar monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal pode resultar em redução de 50% da taxa de cesariana sem diferença significativa no risco de mortalidade perinatal.

No grave descolamento prematuro da placenta, quando o feto está morto, deve ser planejado parto vaginal, exceto quando há indicação obstétrica evidente de cesariana, como na posição transversa. O trabalho de parto deve ser induzido ou estimulado se necessário, utilizando ocitocina, ou prostaglandinas se não houver resposta satisfatória à ocitocina. A cesariana é necessária nos casos raros em que as contrações uterinas não puderem ser estimuladas ou quando o choque clínico associado à hemorragia for incontrolável. É comum haver distúrbios da coagulação nessa situação, e os riscos maternos são consideráveis.

Quando a cesariana em uma mulher com coagulação intravascular disseminada é considerada inevitável, ela deve ser realizada após parecer do anesthesiologista e do hematologista.

A reposição de volume e as transfusões de sangue total, plasma congelado e fatores da coagulação específicos devem ser administradas antes e após o procedimento cirúrgico.

Um hospital bem equipado deve ser capaz de prestar tratamento de emergência adequado à mãe, e freqüentemente será capaz de realizar o parto seguro de um feto vivo no momento da internação. A sobrevivência desses lactentes nascidos vivos depende em grande parte da qualidade da assistência neonatal.

3 Placenta prévia

A placenta prévia é definida como uma placenta total ou parcialmente situada sobre o pólo inferior do útero. A prevalência geral do distúrbio é um pouco maior que 0,5%. A principal causa de mortalidade e morbidade é a hemorragia. A prevenção e o tratamento efetivo da hemorragia reduziram a gravidade do distúrbio. Com a assistência moderna, agora pode ser alcançada uma taxa de mortalidade perinatal de 50-60 por 1.000.

3.1 Manifestação clínica

Embora seja bem reconhecido que uma pequena parcela das mulheres com placenta prévia só apresenta sangramento no início do trabalho de parto, menos de 2% dos casos de placenta prévia apresentam-se dessa forma. A hemorragia vaginal indolor na ausência de trabalho de parto é a manifestação mais comum. É encontrada alguma forma de apresentação anômala fetal (situação transversa, oblíqua ou instável, e apresentação pélvica) em cerca de um terço dos casos. Na apresentação cefálica, a parte que se apresenta está invariavelmente alta, e freqüentemente um pouco deslocada em relação à linha média.

Todas as placentas prévias são assintomáticas antes do início da hemorragia. Na ultra-sonografia de rotina no início do segundo trimestre, aproximadamente 5-6% das placentas estão em posição baixa. Mais de 90% das placentas prévias assintomáticas diagnosticadas por ultra-sonografia no início do segundo trimestre permanecem assintomáticas e passam a uma posição normal em virtude de alterações anatômicas no segmento inferior do útero na gravidez avançada.

As mulheres com implantação placentária baixa ou cervical observada no início da gestação devem ser reexaminadas entre 30 e 32 semanas de gestação. Quando a ultra-sonografia após 32 semanas constata que uma mulher assintomática ainda possui uma placenta que parece cruzar o colo, ela deve ser considerada portadora de placenta prévia nos atendimentos subsequentes. Quando há um menor grau de placentação bai-



xa, resta a possibilidade de que não haja placenta prévia no momento do trabalho de parto.

3.2 Tratamento

Nunca se deve realizar um exame digital quando há qualquer possibilidade de placenta prévia, exceto na sala de cirurgia quando a interrupção da gravidez é forçada pela hemorragia ou pelo trabalho de parto, ou quando a gravidez atingiu uma idade adequada para que o parto iminente seja seguro. A hemorragia realmente perigosa freqüentemente é aquela provocada por interferência imprudente, como exame digital do canal cervical no momento da hemorragia de advertência, ou logo depois. O exame retal é ainda mais perigoso que o exame vaginal.

Se a hemorragia for menos intensa ou tiver cessado, a confirmação do diagnóstico por ultra-sonografia deve ser realizada na primeira oportunidade. O diagnóstico precoce e preciso de placenta prévia é fundamental para poupar mulheres com placenta normalmente implantada do custo econômico, emocional e social da hospitalização prolongada.

O objetivo da conduta expectante é reduzir o número de partos pré-termo, permitindo que a gravidez continue até o bebê atingir um tamanho e uma idade com chance razoável de sobrevivência. Essa forma de assistência geralmente requer que a mulher permaneça em um hospital com equipe e equipamento completos desde o momento do diagnóstico até o parto, devido aos riscos materno e fetal decorrentes de outra grande hemorragia. Alguns clínicos adotaram uma política de permitir que mulheres selecionadas voltem para casa como parte da conduta expectante, particularmente quando se pode ter certeza de que não ficarão sozinhas e não terão dificuldade em chegar imediatamente ao hospital se houver novo sangramento. Muitas mulheres enviadas para casa precisam ser reinternadas por hemorragia significativa, mas não foram descritas mortes maternas nem diferenças significativas da evolução perinatal em comparação com as mulheres mantidas no hospital.

Os dois estudos randomizados que compararam políticas de assistência ambulatorial *versus* hospitalar em casos de placenta prévia conhecida não foram suficientemente grandes para permitir conclusões definitivas sobre a segurança.

O parto pré-termo continua a ser um grande problema, mesmo quando se usa conduta expectante. Deve-se monitorizar o bem-estar materno e fetal. Não se deve permitir que a mãe desenvolva anemia, e seu nível de hemoglobina deve ser mantido normal com a administração de hemáticos ou, se necessário, transfusão.

A cada episódio de hemorragia, a mulher Rh-negativa deve ser submetida ao teste de Kleihauer para detectar a presença de células sanguíneas fetais e receber imunoglobulina anti-D profilática.

O momento ideal do parto ainda é controverso. Embora a conduta expectante até 37 semanas seja mais aceita, alguns clínicos recomendaram o parto pré-termo eletivo depois de 34 semanas após a amniocentese confirmar a maturidade pulmonar. Não foram descritos estudos controlados para avaliar qualquer conduta.

3.3 Parto

Quase não há indicação de parto vaginal nas mulheres com placenta prévia, mesmo marginal, cujos bebês atingiram uma idade viável. Os riscos do parto vaginal incluem grande hemorragia materna, apresentação anômala, acidentes com o cordão, descolamento da placenta, hemorragia fetal e distocia, resultante de uma implantação posterior da placenta. Se o feto for pré-viável, malformado ou morto, algumas vezes o parto vaginal pode ser apropriado.

Com o aperfeiçoamento do diagnóstico por ultra-sonografia, muitos especialistas sugerem a cesariana eletiva sem confirmação digital prévia. Essa conduta tem considerável mérito, pois o exame digital pode causar hemorragia grave. O exame digital na sala de cirurgia é usado quando não há ultra-sonografia disponível, quando as imagens à ultra-sonografia são questionáveis, ou quando os sinais clínicos de placenta prévia não são confirmados por ultra-sonografia. Se for indicado exame digital, deve ser realizado apenas na sala de cirurgia, após a escovação cirúrgica e preparo da equipe para cesariana imediata caso haja hemorragia grave.

4 Hemorragia de origem indeterminada

A hemorragia de origem indeterminada ou incerta é o tipo mais comum de hemorragia pré-parto. Embora algumas vezes a causa da hemorragia seja esclarecida posteriormente, não é possível descobrir a causa na maioria. A importância desse subgrupo está em sua freqüência, nos problemas clínicos que apresenta no diagnóstico e tratamento e na alta mortalidade fetal associada.

A hemorragia de origem indeterminada é uma categoria clínica coletiva, e deve incluir casos leves, mas não-reconhecidos, de todos os tipos específicos de hemorragia pré-parto — descolamento prematuro localizado da placenta, hemorragia marginal, lesões cervicais e vaginais e casos de alarde.

A manifestação clínica da hemorragia de origem desconhecida é a hemorragia pré-parto indolor, sem indícios de pla-

centa prévia. Na maioria dos casos, a perda de sangue não é suficiente para causar preocupação, e em geral cessa espontaneamente. As ameaças mais sérias para o feto são o trabalho de parto e o parto pré-termo, mas esses são relativamente incomuns.

O tratamento da hemorragia pré-parto indolor depende basicamente da idade gestacional do feto quando o sangramento se inicia. Deve ser realizada ultra-sonografia para localização da placenta logo que possível, e, se for diagnosticada placenta prévia ou se não for possível excluí-la, a assistência deve seguir o programa já discutido para placenta prévia. Quando a placenta é claramente delimitada no segmento superior, deve-se permitir que a mulher volte para casa após um período de repouso e observação no hospital, desde que não haja recorrência do sangramento. Nesses casos, o risco para o feto é de parto pré-termo, e a grande maioria das mortes perinatais é devida ao parto pré-termo que ocorre 7-10 dias após a hemorragia inicial. Após cessar a hemorragia, e antes da alta hospitalar, devem-se realizar um exame com espéculo para excluir uma causa local do sangramento e um exame digital para excluir dilatação cervical avançada.

Se for adotada uma conduta expectante, deve-se monitorizar o bem-estar fetal. Embora seja frequentemente recomendada, a indução rotineira de trabalho de parto com 38 semanas não deve ser realizada, e deve-se esperar o início espontâneo do trabalho de parto.

5 Conclusões

A hemorragia na segunda metade da gravidez é uma situação com risco de vida. Todos os profissionais que atendem mulheres durante a gravidez e o parto devem conhecer as causas e o prognóstico do sangramento, e ter em mente um plano claro para seu diagnóstico diferencial e tratamento.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Fraser, R. and Watson. R., Bleeding during the latter half of pregnancy.

Biblioteca Cochrane

Neilson, J.P., Interventions for suspected placenta praevia during pregnancy.