SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO

PAMELA VICENTE NAKAZONE

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Entre 10% a 15% das gestações apresentam hemorragias

Divididas em primeira metade e segunda metade da gestação

Primeira metade:

Abortamento

Gravidez ectópica (leitura complementar)

Mola Hidatiforme (neoplasia trofoblástica)

Segunda metade:

Placenta prévia

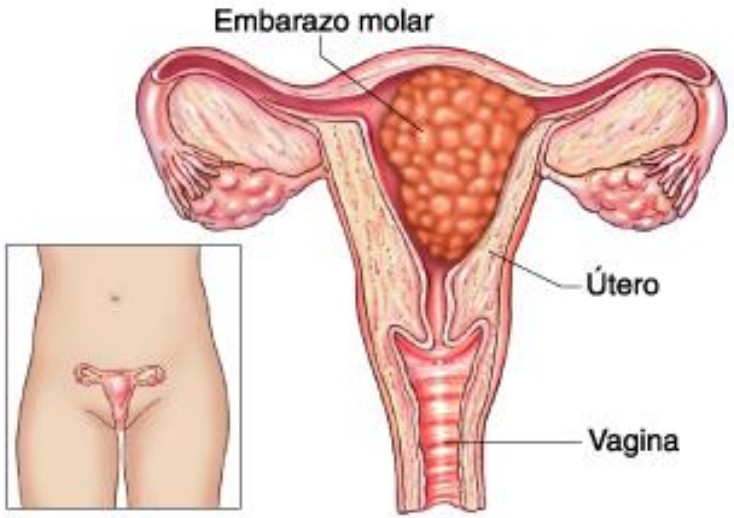
Descolamento prematuro da placenta;

Rotura uterina (leitura complementar)

Vasa prévia

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL BENIGNA - MOLA HIDATIFORME

- É um tumor benigno que se desenvolve a partir de tecido placentário (células trofoblásticas) em fases precoces de uma gravidez em que o embrião não se desenvolve normalmente.
- Sangramento com eliminação de vesículas
- útero amolecido, indolor e maior do que o esperado para IG
- BHCG: muito alto, não reduz após 10ª sem



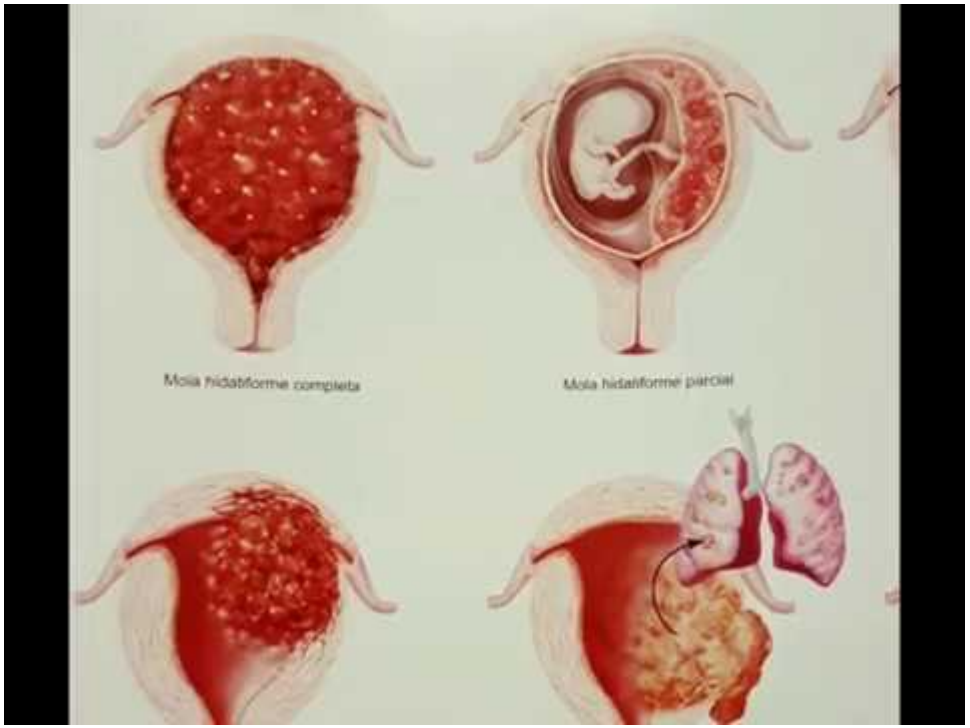






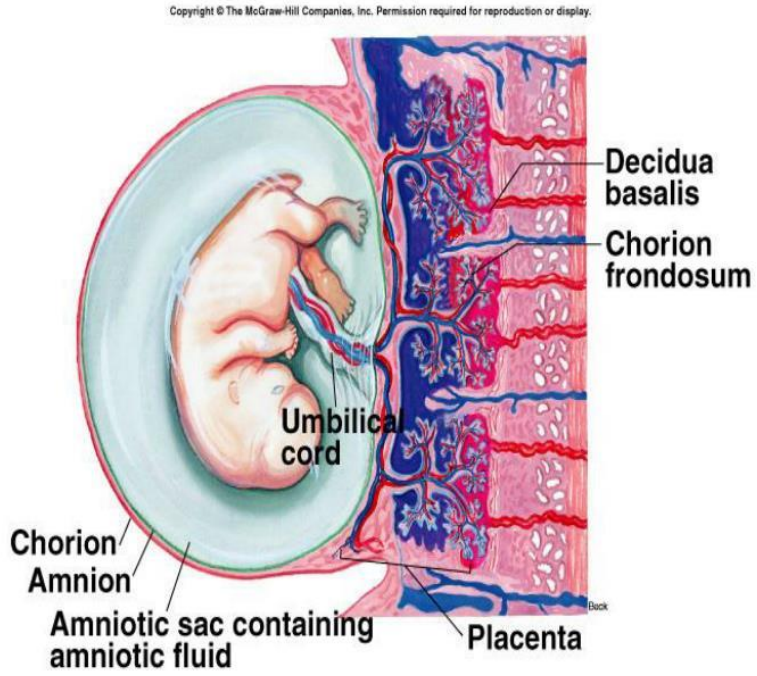
FATOR DE RISCO

- + de 40 anos
- Intervalo interpartal curto
- Abortamentos prévios
- Mola anterior
- Tabagismo
- Inseminação artificial



TRATAMENTO

Invasão trofoblástica do endométrio

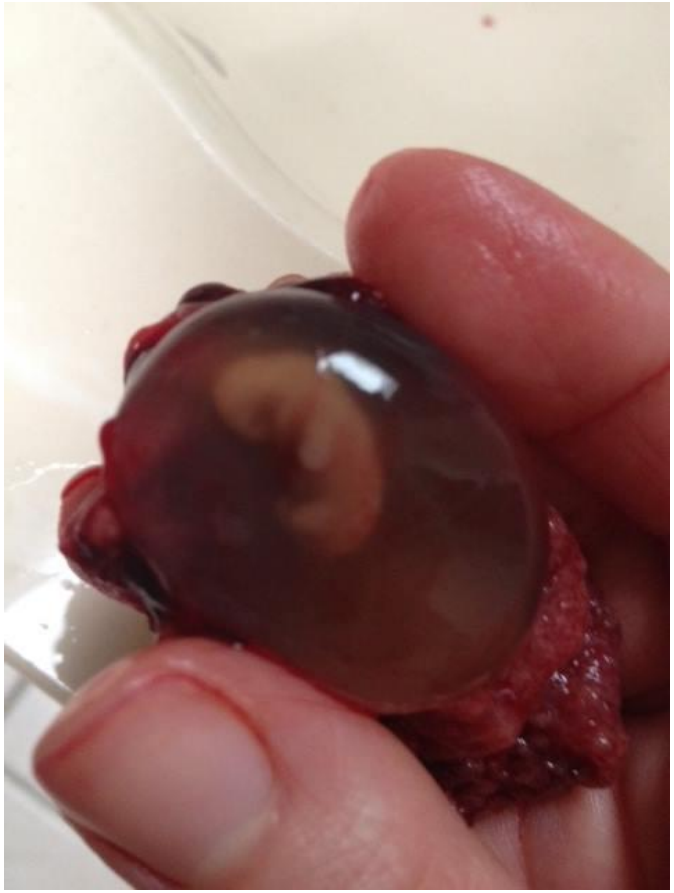


- Esvaziamento uterino: CTG ou vácuo aspiração
- Paciente idosa: HTA
- QT: metrotexate

Sinais de mau prognóstico:

- Metástase: pulmão, vagina, SNC, fígado (nessa ordem)
- Idade avançada (>39)
- Tumor grande
- QT sem sucesso
- BHCG > poliquimioterapia

ABORTAMENTO



Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª-22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g.

Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada

Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher

ETIOLOGIA

- Anomalia do produto da concepção: cromossômica
- Causa materna local: anatomia: útero bicorno, miomatose
- Incompetência istmo-cervical (IIC)
- Causa materna sistêmica: alteração endócrina, infecção, desnutrição, causas imunológicas, insuficiência luteínica, trauma

ABORTAMENTO

Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV.

Abortamento precoce: até 13 semanas;

Abortamento tardio: entre 13 e 22 semanas;

Diagnóstico: clinicamente e através da ultrassonografia.

ABORTAMENTO

Classificação - manual de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2010)**:**

1. **AMEAÇA DE ABORTAMENTO**
2. **ABORTAMENTO COMPLETO (menos de 8 sem)**
3. **ABORTAMENTO INEVITÁVEL/INCOMPLETO**
4. **ABORTAMENTO RETIDO**
5. **ABORTAMENTO INFECTADO**
6. **ABORTAMENTO HABITUAL**
7. **ABORTAMENTO ELETIVO PREVISTO EM LEI**

ESVAZIAMENTO UTERINO

- AMIU (aspiração manual intrauterina) <12 sem
- CTG (curetagem) <12 sem
- Indução: misoprostol, ocitocina > 12 sem (tardio): por risco de rotura uterina devido estruturas ósseas ósseas

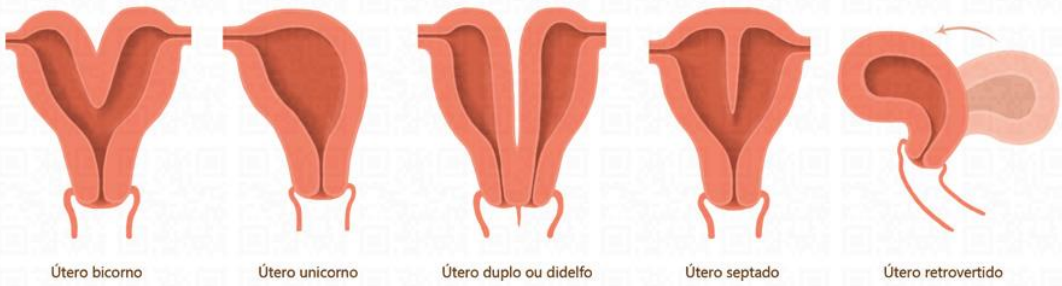
AMIU E CURETAGEM







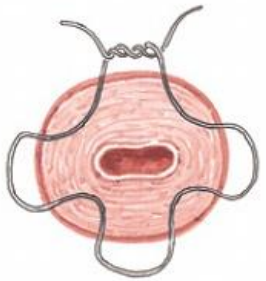
Malformações uterinas e Incompetência istmo-cervical

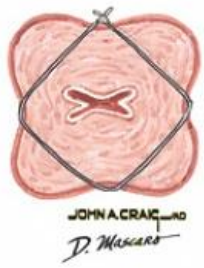












Centralx® Todos os direitos reservados

ejog.elsevierresource.com

PLACENTA PRÉVIA

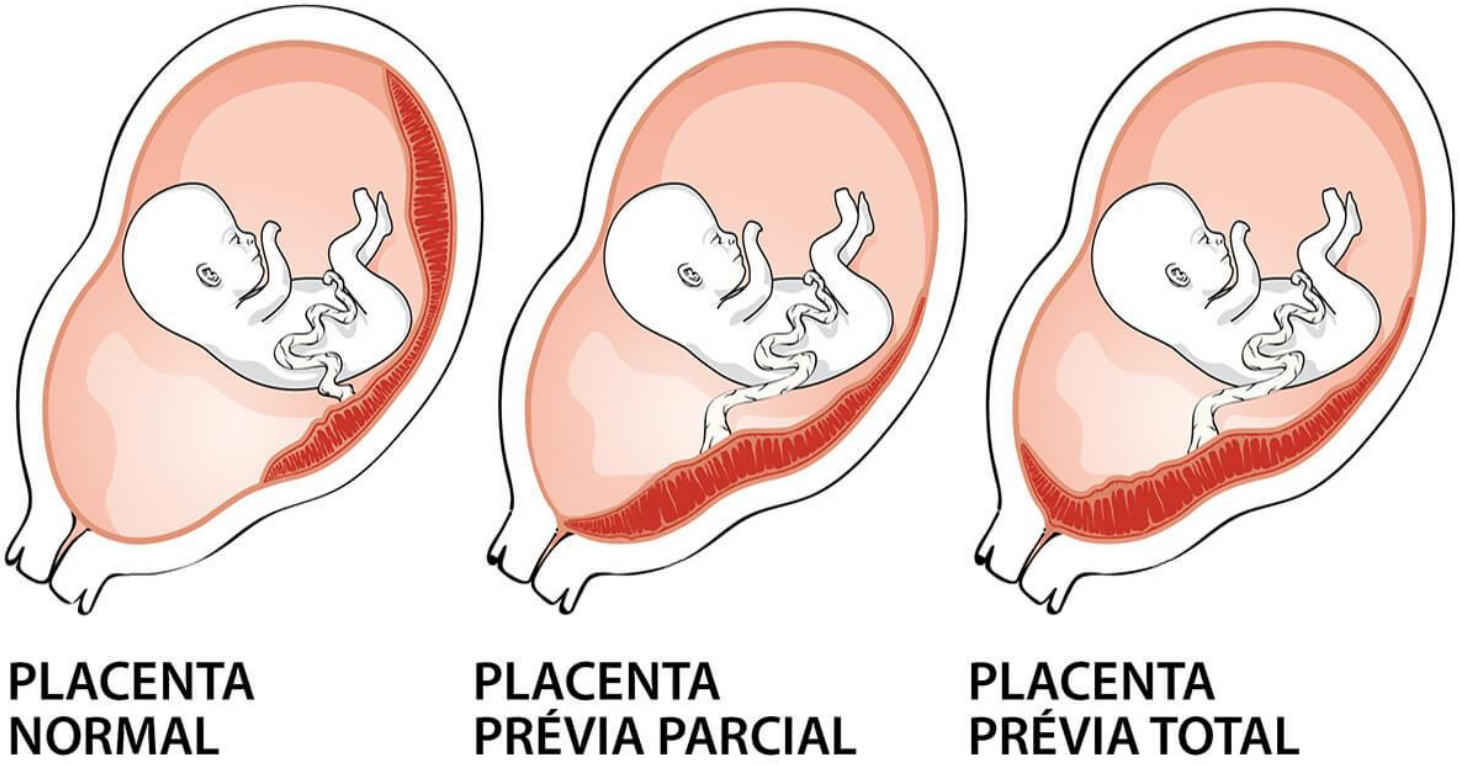
É a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, no segmento inferior do útero, a partir da 22ª semana.

Classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero:

- Baixa: está localizada próxima ao colo do útero, sem atingi-lo
- Marginal: atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo
- Completa ou centro-total: recobre totalmente o orifício interno do colo do útero

ATENÇÃO: Três tipos, de acordo com os tratados de obstetrícia: total, parcial e marginal;

PLACENTA PRÉVIA



FATORES DE RISCO

- Cesárea prévia
- Idade avançada
- Multiparidade (5 ou + filhos)
- Gemelaridade
- Mioma
- Endometrite (infecção puerperal)
- Tabagismo
- Abortamento

PLACENTA PRÉVIA

- Diagnóstico clínico e ultrassonográfico (melhor e mais simples método para diagnóstico)
- Quadro clínico:

- Sangramento indolor
- Final do segundo e início do terceiro trimestre
- Presença de sangramento sentinela: ocorre entre a 26° e 28° semana de gestação – sangramento intermitente e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes

PLACENTA PRÉVIA

Exame físico na suspeita de PP:

- Sinais vitais;
- Palpação abdominal;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Exame especular cuidadoso;
- Não realizar toque vaginal até se conhecer a localização exata da placenta.
  - Ultrassonogra
  - Ecodoppler
  - Ressonância
  - Exames laboratoriais: hematócrito e hemoglobina, tipagem sanguínea e coagulograma.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA



É a separação da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 22 ou mais semanas. Pode ser parcial ou total.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

Característica do sangramento da DPP:

-Hemorragia exteriorizada

-Hemoâmnio

-Sangramento retroplacentário

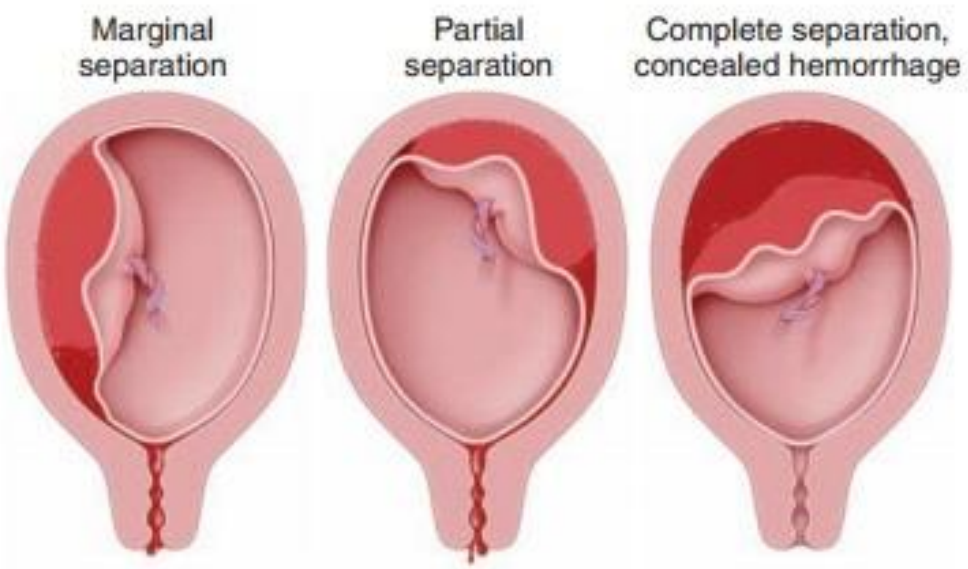


FIGURE 21.3. Types of placental abruption. Note that vaginal bleeding is absent when the hemorrhage is concealed.

FATORES DE RISCO PARA DPP

- Hipertensão (gestacional ou preexistente)
- Rotura prematura de membranas ovulares
- Cesariana prévia
- Tabagismo
- Idade materna avançada
- Uso de drogas (álcool, cocaína e crack)
- Condições que causem sobredistensão uterina
- Trauma (automobilístico, trauma abdominal direto)
- DPP em gestação anterior

TRATAMENTO DPP

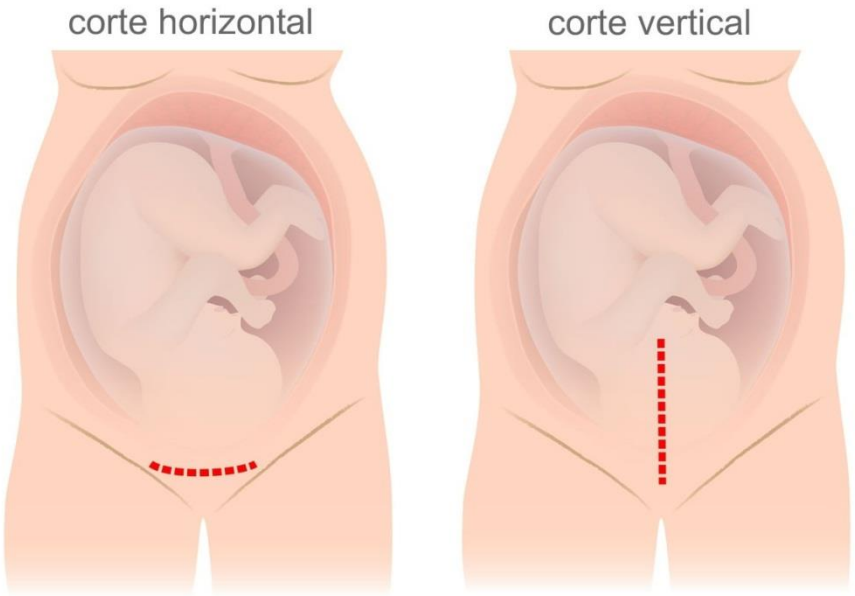
- O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal
- Grau 1: sem repercussões maternas ou fetais
- Grau 2: o parto vaginal é possível se iminente, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno
- Grau 3: com feto morto – parto vaginal é possível
- Grau 3: com feto vivo – cesariana

TRATAMENTO DPP

- Laparotomia (não abre em Pfanistiel)
- Histerectomia: se choque, infecção, lesão de grande extensão

Prognóstico

- Mortalidade perinatal 40-80%

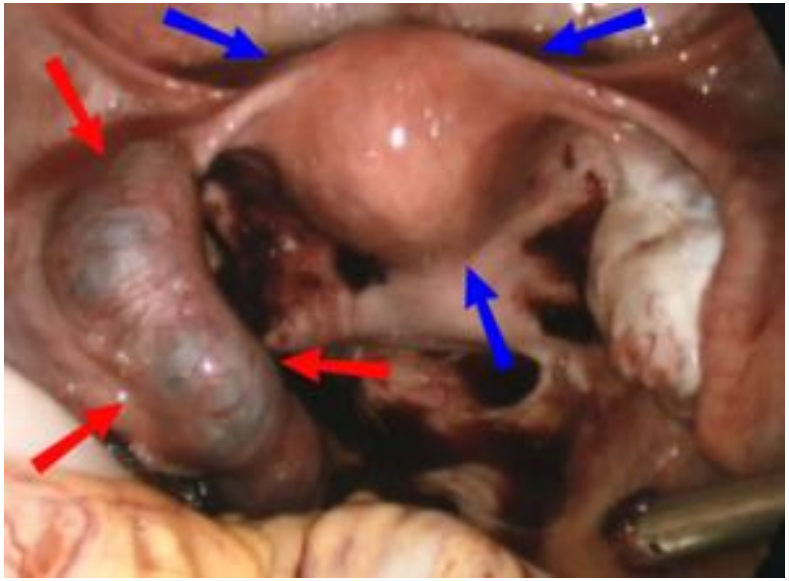


GESTAÇÃO ECTÓPICA



FATORES DE RISCO

- DIPA
- Endometriose
- DIU
- antecedente de cirurgia tubária e gestação ectópica
- reprodução assistida
- Tabagismo
- idade > 35 anos

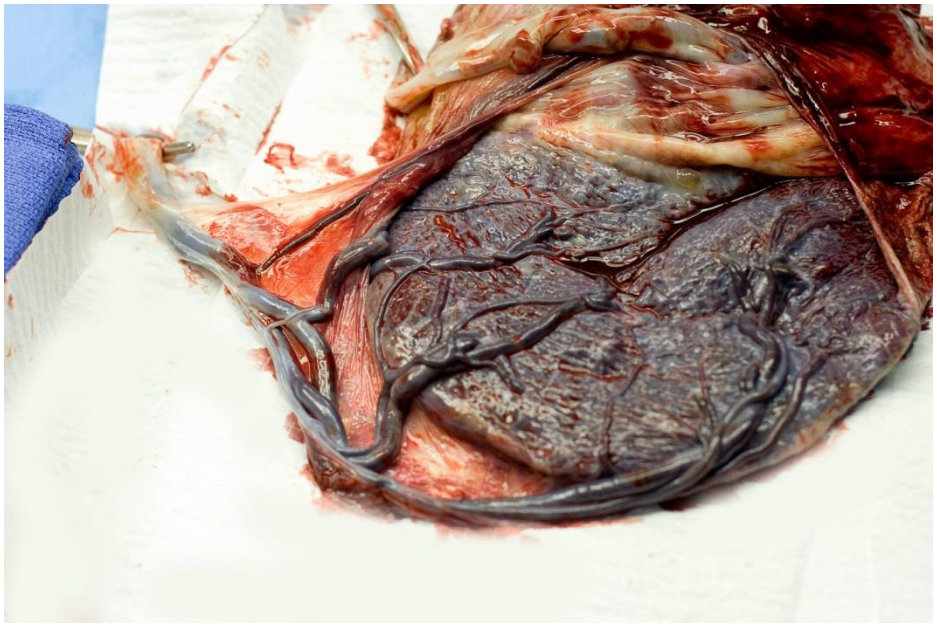


TRATAMENTO

- Rota: cirurgia (salpingectomia) – instabilidade hemodinâmica
- íntegra: o com prole constituída > salpingectomia
- sem prole ou com desejo de gestação > clínico: saco gestacional < ou = 3,5cm, BCF ausente (se presente não responde a QT).
  - Droga: metrotexate (50-100mg - local ou IM): regressão em 100% em 3 sem (3 doses), senão, cirurgia
- Expectante: só 15% > Queda de BHCG espontânea, sem BCF e complicações

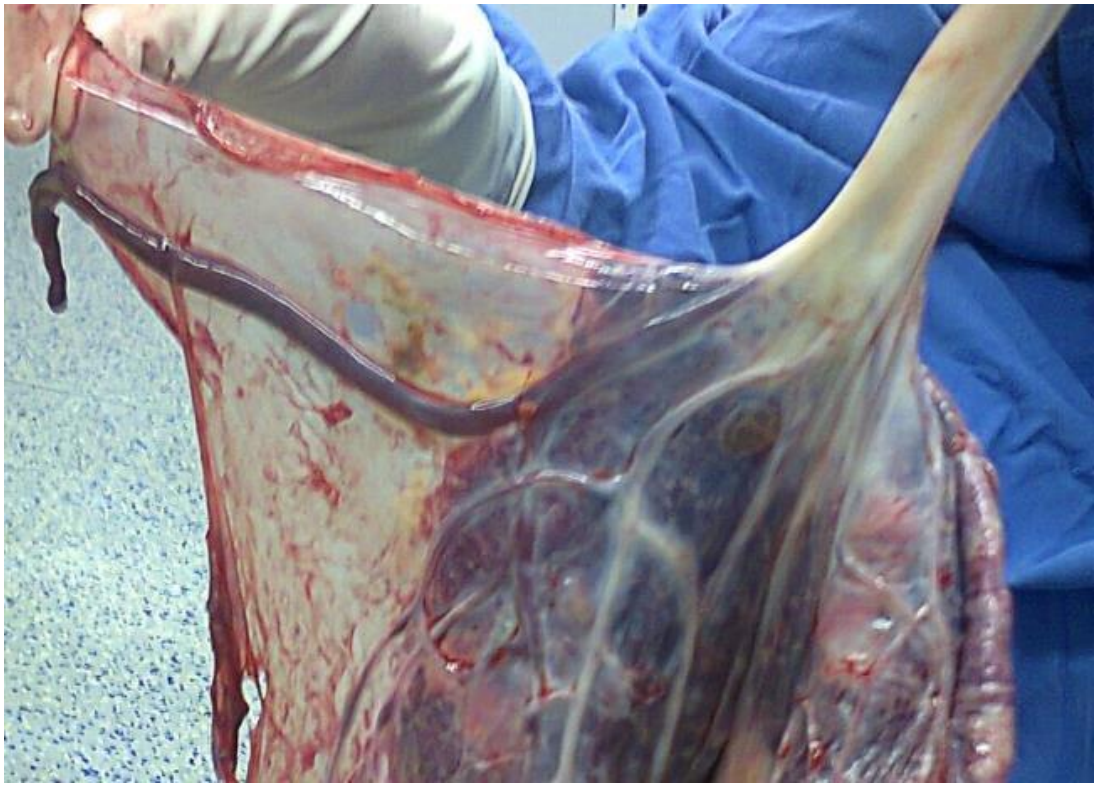
VASA PRÉVIA





VASA PRÉVIA

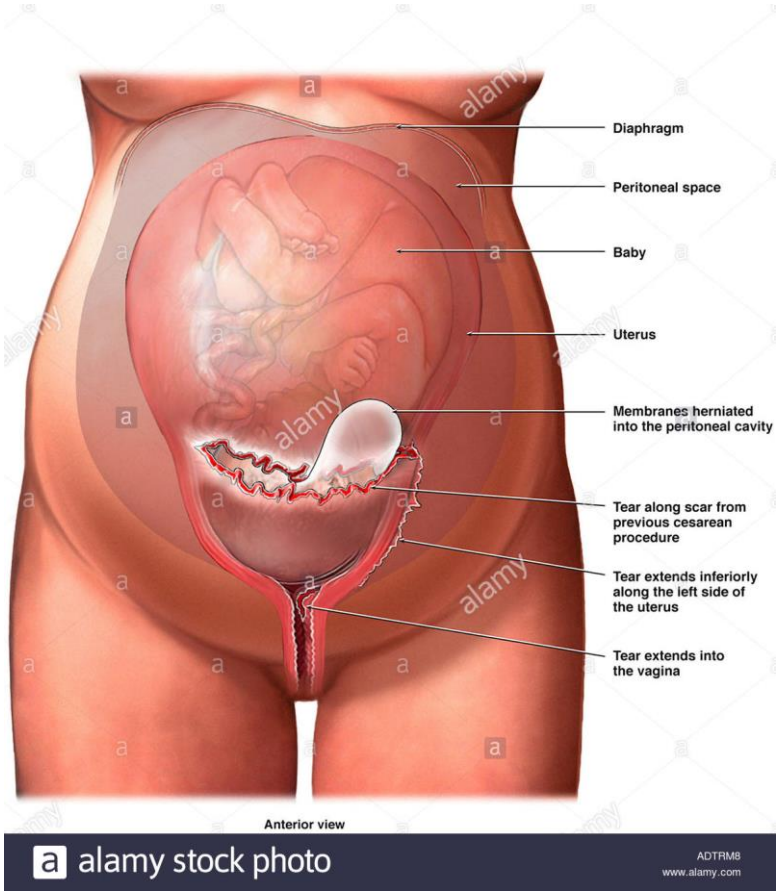
- Mortalidade 33-100%
- Risco de rotura na amniotomia
- Tratamento: cesárea eletiva as 37 sem



ROTURA UTERINA

Causas:

- Traumáticas: problema no TP
- Espontânea: cesárea prévia



ROTURA UTERINA



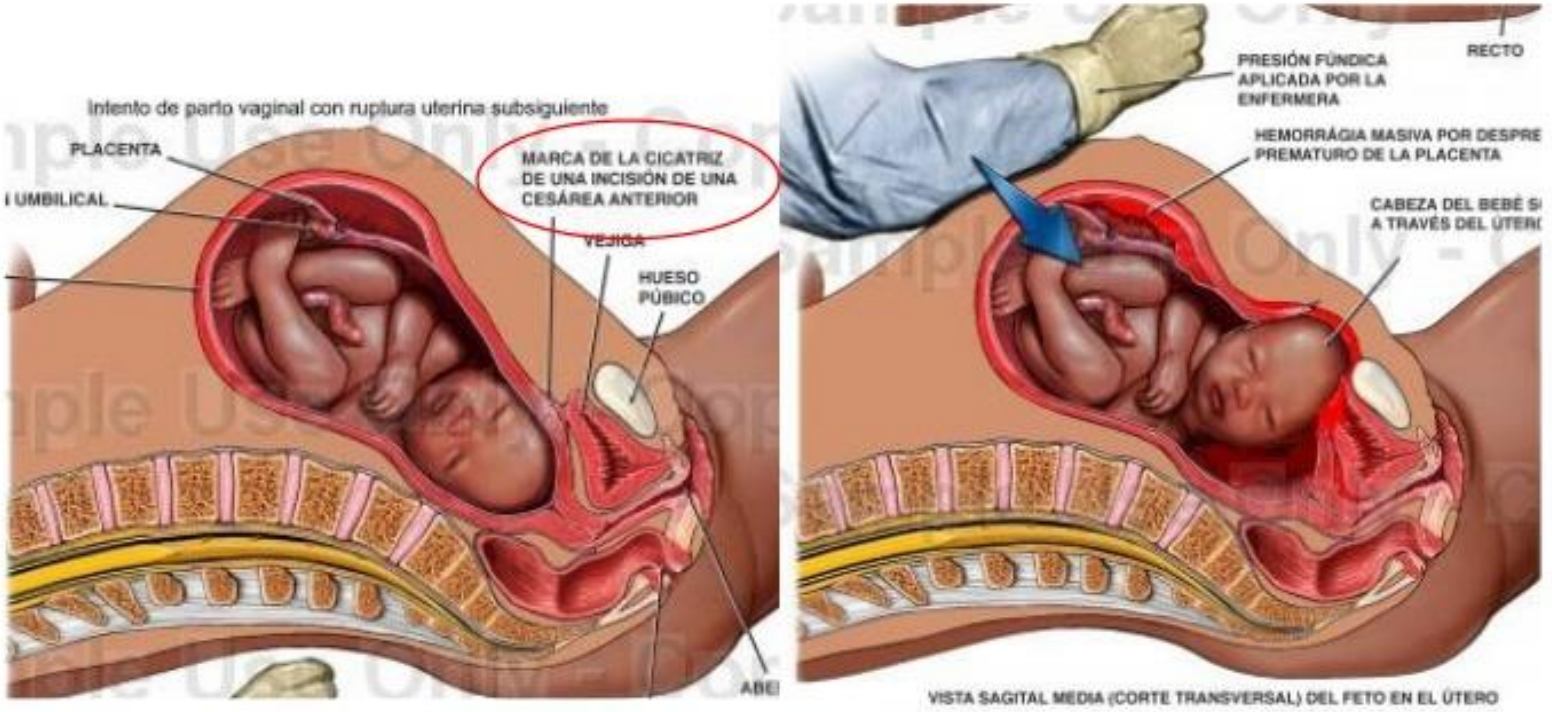
- Fator desencadeante:

Hipercontratilidade, trauma, manobra de Kristeler (empurrar a barriga durante o TP), intervenção cirurgica

- Intervenções cirurgicas:

fórceps altos, descolamento manual da placenta, curetagem, uso abusivo de misoprostol e ocitocina

Dehiscencia y rotura uterina

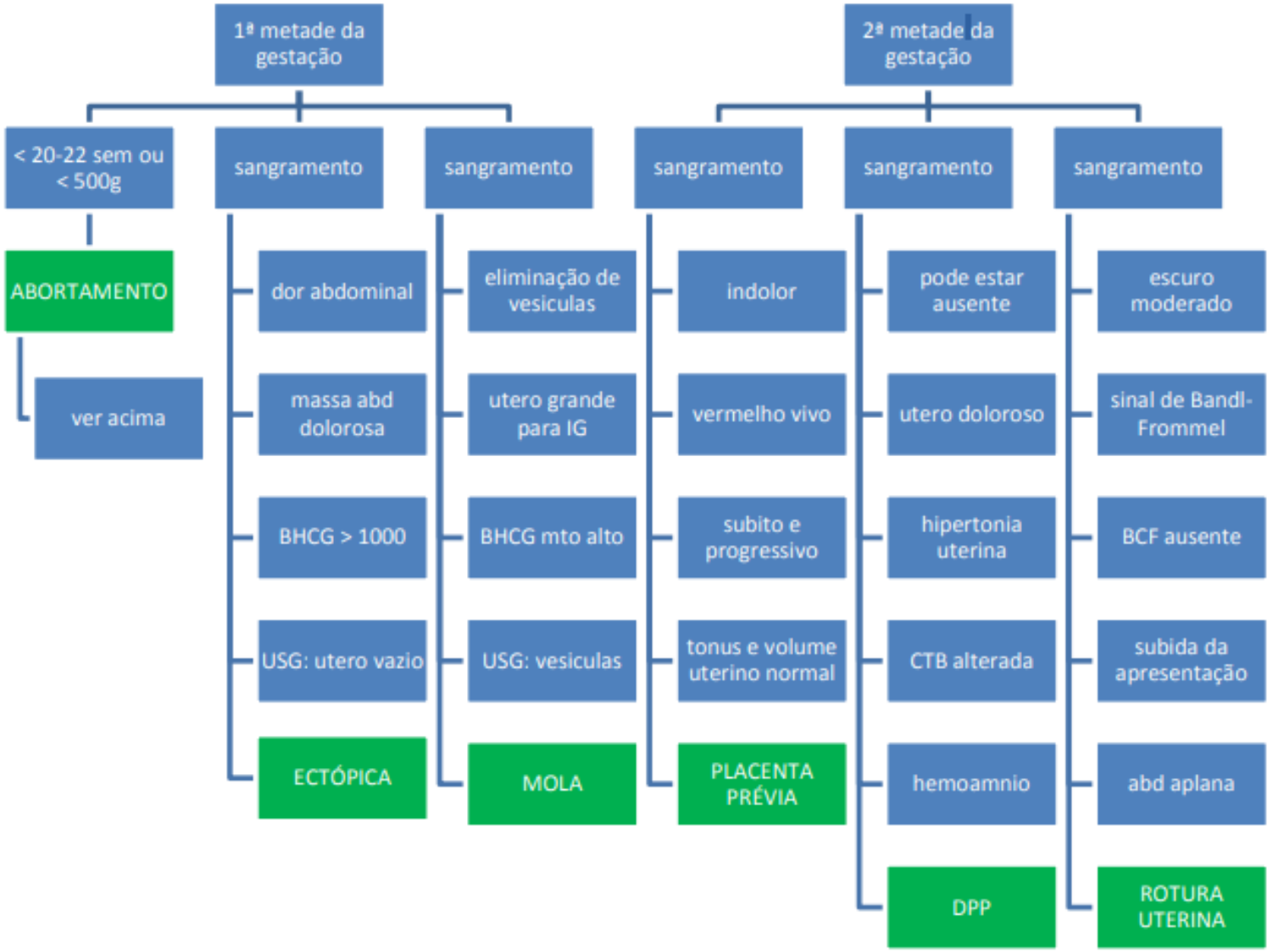


ROTURA UTERINA

- Sensibilidade intensa e/ou dor na cicatriz da cesárea (prenuncia de rotura)
- Palpação: 2 massas – útero e feto
- Subida da apresentação

Prognóstico

- Mortalidade fetal 30-85% (por DPP)
- Mortalidade materna 2-30% (por choque)


1ª metade da gestação
2ª metade da gestação
< 20-22 sem ou < 500g
sangramento
sangramento
sangramento
sangramento
sangramento
ABORTAMENTO
ver acima
dor abdominal
massa abd dolorosa
BHCG > 1000
USG: utero vazio
ECTÓPICA
eliminação de vesiculas
utero grande para IG
BHCG mto alto
USG: vesiculas
MOLA
indolor
vermelho vivo
subito e progressivo
tonus e volume uterino normal
PLACENTA PRÉVIA
pode estar ausente
utero doloroso
hipertonia uterina
CTB alterada
hemoamnio
DPP
escuro moderado
sinal de Bandl-Frommel
BCF ausente
subida da apresentação
abd aplana
ROTURA UTERINA