Internato 2026

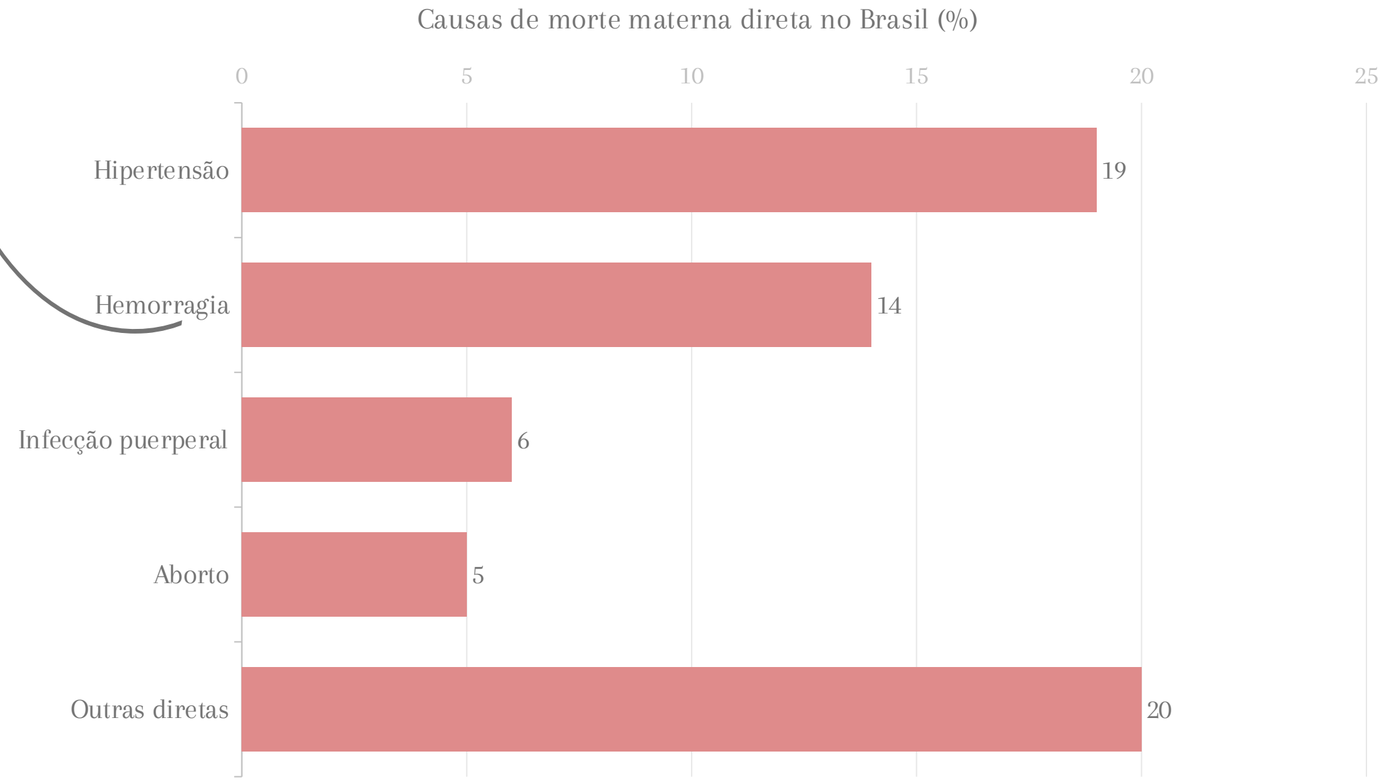
Pré-natal e sangramentos na gestação

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Datar a gestação: DUM, ultrassom e a regra de ouro
2. O pré-natal bem feito: consultas, exames, vacinas, risco
3. Sangramento da 1ª metade: abortamento, ectópica e mola
4. Sangramento da 2ª metade: DPP, placenta prévia, rotura e vasa prévia
5. Casos clínicos e questões de prova

EPIDEMIOLOGIA | BRASIL



57,7

mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2022 — a meta ODS para 2030 é 30

12%

das gestantes do SUS não fazem nem 6 consultas; 1 em 4 começa o pré-natal depois de 12 semanas

10 / 1.000

nascidos vivos com sífilis congênita (2022) — a falha de pré-natal mais evitável que existe

Fontes: Ministério da Saúde/SVSA, Boletim Epidemiológico 2024 (RMM 2022; sífilis 2022); Sinasc 2023; Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.

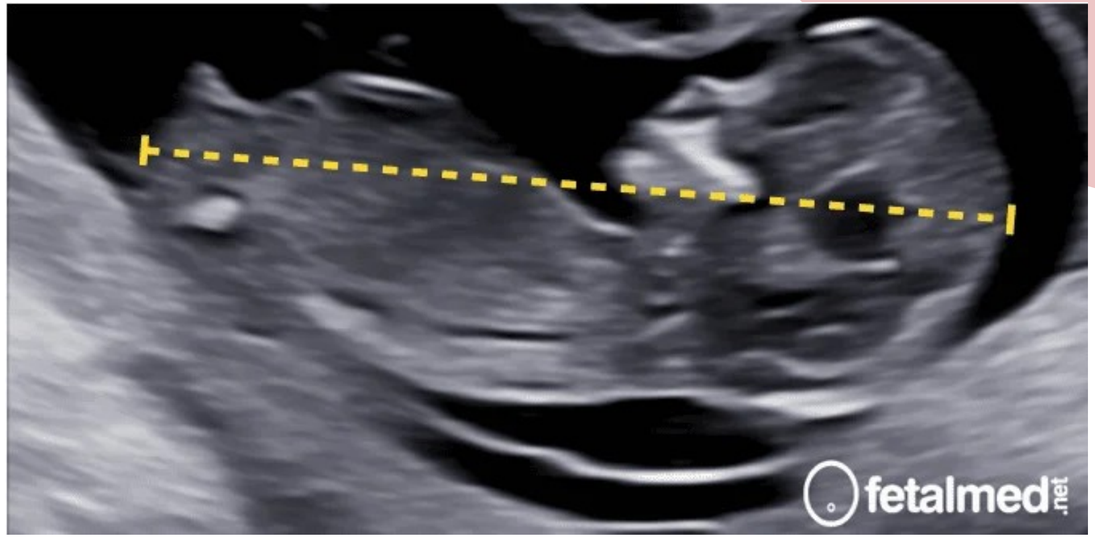
CASO 1| QUE IDADE TEM ESSE BEBÊ?

Aline, 29 anos, G1, auxiliar de cozinha.

Chega à UBS com teste de farmácia positivo. DUM 'mais ou menos dia 10', ciclos irregulares (28 a 45 dias), parou o anticoncepcional há 3 meses.

Pela DUM teria 9 semanas e 2 dias. Ultrassom transvaginal feito hoje: saco gestacional único, embrião com CCN 14 mm, BCF 160 bpm → 7 semanas e 5 dias.

Aos 'cinco meses', ultrassom morfológico: biometria compatível com 21 semanas e 3 dias, mas pela 1ª USG seriam 22 semanas e 4 dias.



CCN (comprimento cabeça-nádega): o melhor parâmetro do 1º trimestre

Qual a idade gestacional dela? Qual ultrassom manda — o primeiro ou o segundo?

Imagem: fetalmed.

DATAÇÃO | A REGRA DE OURO (ACOG 700)

Quem manda

A DUM manda só se for confiável E concordar com o ultrassom mais precoce dentro da margem de erro.
Se discordar além da margem: vale o ultrassom — e o PRIMEIRO ultrassom, nunca os seguintes.
Uma vez definida a IG, ela não muda mais. Ultrassom tardio não 'redata': serve para avaliar crescimento.

Margem de erro do USG

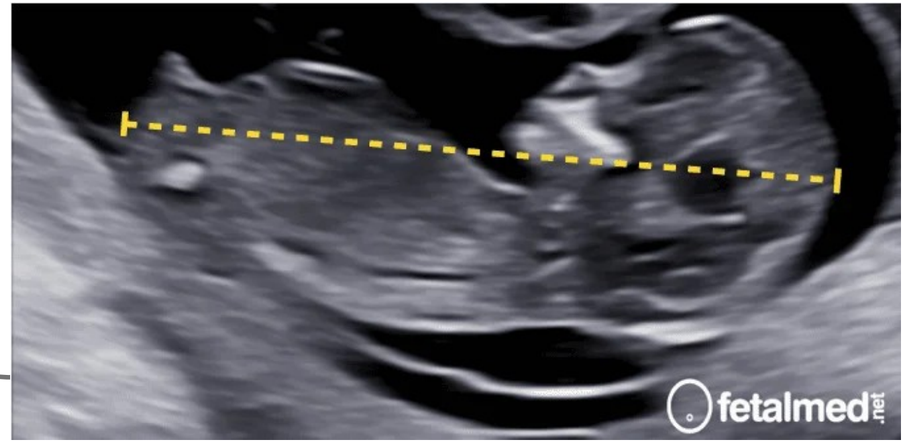
‹ 9 sem: ± 5 dias (CCN)
9 – 15⁶ sem: ± 7 dias (CCN)
16 – 21⁶ sem: ± 10 dias (DBP, CC, CA, fêmur)
22 – 27⁶ sem: ± 14 dias
≥ 28 sem: ± 21 dias — praticamente não serve para datar

Na prática

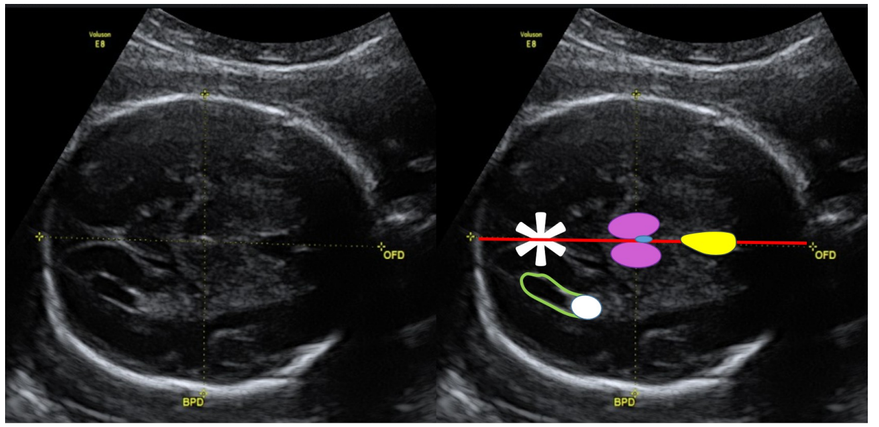
CCN até 84 mm (≈ 14 semanas); depois, DBP e CC são os melhores.
DUM irregular, ACO recente, lactação, sangramento de implantação: não confie.
IG definida errada = 'prematuro' induzido ou 'pós-termo' operado.
Datação é segurança.
FIV: data pela transferência (dia do embrião + idade do embrião).

Fontes: ACOG Committee Opinion 700, Methods for Estimating the Due Date (2017, reafirmado 2022); ISUOG Practice Guidelines, UOG 2019.

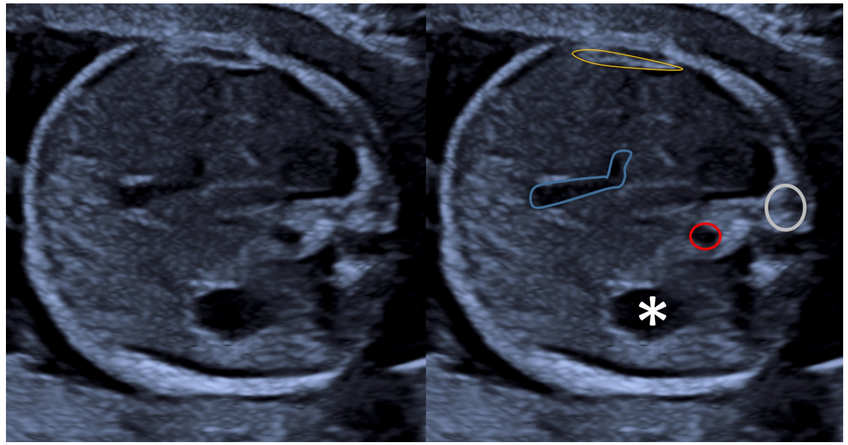
BIOMETRIA | OS PLANOS QUE DATAM



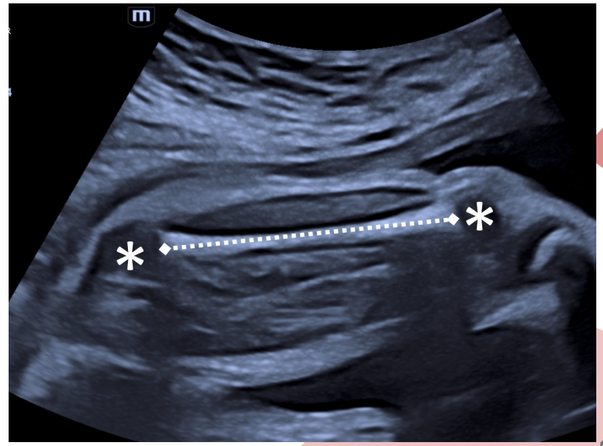
CCN: 1º trimestre, embrião em posição neutra



DBP e CC: plano transtalâmico — tálamos e cavum do septo pelúcido



CA: estômago e veia umbilical na mesma imagem, sem rins



Fêmur: diáfise inteira, sem incluir a epífise

Imagens: fetalmed; acervo da aula. ISUOG 2019.

CASO 1 | RESOLUÇÃO

A idade gestacional é a do PRIMEIRO ultrassom: 7 semanas e 5 dias naquele dia.

A DUM dizia 9s2d; o USG de 1º trimestre (CCN 14 mm) dizia 7s5d: diferença de 11 dias, acima dos ± 5 dias. Ciclos irregulares e ACO recente tornam a DUM não confiável. Vale o ultrassom: redatar e calcular a DPP a partir dele.

O morfológico: 21s3d × 22s4d esperado — diferença de 8 dias, dentro dos ± 10 dias dessa faixa. Não muda nada. E mesmo que mudasse, a IG já estava definida.

Se a diferença fosse maior: não se redata — se pensa em restrição de crescimento ou macrossomia e se investiga.

No cartão: anotar 'IG por USG de 1º trimestre' e a DPP corrigida. Isso define quando fazer o TOTG, a vacina, o streptococo e quando considerar termo (37–41+6).



DUM × USG › margem: vale o USG

Vale o primeiro USG

Tardio não redata

IG não muda depois

O QUE É UM PRÉ-NATAL BEM FEITO

Precoce e contínuo

Precoce: captação até 12 semanas — teste rápido de gravidez na UBS

Contínuo: mínimo de 6 consultas (1 no 1º tri, 2 no 2º, 3 no 3º); OMS 2016 recomenda 8 contatos

Mensal até 28 sem, quinzenal até 36, semanal até 41.

Completo e classificado

Completo: exames dos 3 trimestres, vacinas, ferro e ácido fólico, consulta odontológica, parceiro testado

Classificado: risco reavaliado em TODA consulta, não só na primeira — 15% são alto risco

Vinculado: a gestante sabe em qual maternidade vai parir (Lei 11.634/2007)

Encerrado

Puerpério: consulta até 42 dias — idealmente na 1ª semana (5º dia: vacinas do RN, teste do pezinho, amamentação, contracepção)

Sem alta do pré-natal: 'alta' aos 36–40 semanas é erro clássico — a gestante só sai do pré-natal quando pare

41 semanas: encaminhar para indução

Fontes: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica nº 32; Rede Alyne (2024); OMS, Recommendations on antenatal care 2016.

EXAMES | POR TRIMESTRE

1º trimestre (até 12 sem)	2º trimestre (24–28 sem)	3º trimestre (≥ 34 sem)
Tipagem ABO/Rh e Coombs indireto (se Rh -) Hemograma; glicemia de jejum Sífilis (teste rápido/VDRL), HIV, hepatites B e C — testes rápidos Toxoplasmose IgG/IgM; rubéola IgG Urina tipo 1 e urocultura (bacteriúria assintomática: tratar) Citologia se em atraso USG 1º trimestre (6–9 sem viabilidade/datação; 11–13⁶ sem TN) Eletroforese de Hb; TSH se indicado	TOTG 75 g entre 24 e 28 sem (se jejum < 92 no 1º tri) Coombs indireto mensal se Rh – com parceiro Rh + Toxoplasmose IgM/IgG se suscetível (repetir a cada trimestre ou mensal) Sífilis e HIV (repetir) USG morfológico 18–24 sem (20–22 ideal); colo transvaginal ≥ 25 mm Ecocardiograma fetal se indicado (DM, cardiopatia, uso de teratógeno)	Hemograma; sífilis, HIV, hepatite B (repetir) Toxoplasmose se suscetível Urina 1 e urocultura Swab vaginal-retal para Streptococcus do grupo B entre 36 e 37⁶ semanas USG obstétrico 34–36 sem (apresentação, placenta, LA, peso) Coombs indireto se Rh –

Fontes: Ministério da Saúde, CAB 32 e PCDT-IST 2022; FEBRASGO; ACOG (GBS 36–37⁶ sem).

CADA CONSULTA | O QUE NÃO PODE FALTAR

Sempre

PA (sentada, braço na altura do coração, manguito adequado)
Peso e IMC — curva de Atalah
Altura uterina a partir de 16–20 sem (curva: entre p10 e p90)
BCF: sonar a partir de 10–12 sem (110–160 bpm)
Movimentos fetais a partir de 18–20 sem
Edema, queixas urinárias, sangramento, perda de líquido

A ficha de risco

Reclassificar o risco a cada consulta: HAS, DM, hemorragia, trabalho de parto prematuro, RCF, gemelar, cardiopatia, trombofilia, HIV/sífilis, uso de drogas, < 15 ou > 35 anos
Alto risco → referência (ambulatório de alto risco) SEM perder o vínculo com a UBS
Sinais de alarme ensinados: sangramento, perda de líquido, cefaleia/escotomas, dor epigástrica, febre, menos movimentos

Suplementação

Ácido fólico 0,4 mg/dia: 3 meses antes até 12 semanas (DTN); 4–5 mg/dia se DTN prévio, epilepsia, DM, obesidade
Ferro elementar 40 mg/dia (200 mg de sulfato ferroso) das 20 semanas ao 3º mês pós-parto — profilático; 120–200 mg/dia se anemia (Hb < 11)
Cálcio 1–1,5 g/dia se baixa ingestão: reduz pré-eclâmpsia (OMS)
Iodo, vitamina D, ômega-3: só se deficiência ou indicação

Fontes: Ministério da Saúde, CAB 32; OMS 2016; FEBRASGO.

VACINAS NA GESTAÇÃO

Vacina	Quando	Observações
dTpa (tríplice bacteriana acelular)	A cada gestação, entre 20 semanas e 45 dias pós-parto — o mais cedo possível a partir de 20 sem	Protege o RN de coqueluche (anticorpos transplacentários). Mesmo com esquema completo de dT. Se nunca vacinou: 2 dT + 1 dTpa.
Influenza	Qualquer trimestre, na campanha	Gestante tem 7x mais risco de forma grave; a vacina reduz também a hospitalização do lactente.
Hepatite B	Qualquer trimestre, se não vacinada (0–1–6 meses)	Checar anti-HBs se dúvida. Filho de mãe HBsAg + recebe imunoglobulina + vacina ao nascer.
COVID-19	Qualquer trimestre (dose de reforço anual)	Gestante é grupo prioritário desde 2021.
VSR (Abrysvo)	Entre 28 e 36 semanas (bula 24–36), dose única — no SUS desde 2025 para gestantes de 28 sem+	Reduz em ~70% a internação do lactente por bronquiolite nos primeiros 6 meses. Alternativa: nirsevimabe no RN.
Contraindicadas	Vivas atenuadas: tríplice viral, varicela, HPV (adiar), febre amarela (só se risco epidemiológico alto), BCG, dengue	Se tomou inadvertidamente: não é indicação de interrupção — apenas seguimento.

Fontes: Ministério da Saúde/PNI, Calendário da gestante 2025; SBIm Calendário de vacinação da gestante 2025/26; Nota Técnica VSR 2025.

QUESTÃO | TOTG

Gestante de 32 anos, G3P2A0, comparece à consulta de pré-natal com 26 semanas. Assintomática, IMC pré-gestacional 27 kg/m², sem antecedentes de diabetes. Traz TOTG 75 g: jejum 88 mg/dL; 1 hora 190 mg/dL; 2 horas 145 mg/dL. Qual o diagnóstico e a conduta inicial mais adequada?

A Exame normal para a idade gestacional; repetir com 32 semanas.

B Diabetes mellitus gestacional; iniciar terapia nutricional e automonitorização da glicemia capilar.

C Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes); iniciar insulinoterapia imediata.

D Tolerância diminuída à glicose; orientação dietética isolada, sem monitorização.

E Resultado inconclusivo; repetir o TOTG, pois o diagnóstico exige dois valores alterados.

QUESTÃO | TOTG

Gestante de 32 anos, G3P2A0, comparece à consulta de pré-natal com 26 semanas. Assintomática, IMC pré-gestacional 27 kg/m², sem antecedentes de diabetes. Traz TOTG 75 g: jejum 88 mg/dL; 1 hora 190 mg/dL; 2 horas 145 mg/dL. Qual o diagnóstico e a conduta inicial mais adequada?

A Exame normal para a idade gestacional; repetir com 32 semanas.

B Diabetes mellitus gestacional: iniciar terapia nutricional e automonitorização da glicemia capilar.

C Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes); iniciar insulinoterapia imediata.

D Tolerância diminuída à glicose; orientação dietética isolada, sem monitorização.

E Resultado inconclusivo; repetir o TOTG, pois o diagnóstico exige dois valores alterados.

DIABETES NA GESTAÇÃO | DIAGNÓSTICO (OPAS/MS/FEBRASGO 2017)

1ª consulta: glicemia de jejum

‹ 92: normal → TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas

92 – 125: DIABETES GESTACIONAL (já no 1º trimestre; não precisa de TOTG)

≥ 126: diabetes prévio (overt) — tratar como DM pré-gestacional

HbA1c ≥ 6,5% ou glicemia ao acaso ≥ 200 com sintomas: overt.

TOTG 75 g (24–28 sem)

Jejum ≥ 92 (até 125)

1 h ≥ 180

2 h ≥ 153 (até 199)

UM valor alterado já é DMG — não precisa de dois.

Jejum ≥ 126 ou 2 h ≥ 200: overt diabetes.

Sem recurso para TOTG

Glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas: ≥ 92 = DMG.

Sensibilidade cai de 100% para 86% — o MS aceita como 'viabilidade financeira parcial'.

Conduta inicial de todo DMG: dieta + atividade física + glicemia capilar (4–7/dia); insulina se 30% das medidas acima da meta após 2 semanas (ver Eixo 5).

Fonte: OPAS/Ministério da Saúde/FEBRASGO/SBD. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil, 2017.

Sangramento na 1ª metade

Abortamento, gravidez ectópica e doença trofoblástica



CASO 2 | SANGRAMENTO E DOR

Carolina, 31 anos, G2P1, professora.

Atraso menstrual de 7 semanas, β-hCG positivo há 2 semanas. Hoje sangramento vermelho escuro, moderado, e cólica em hipogástrio há 6 horas.
Rh negativo. Parto cesáreo há 3 anos. Nega DIU, tabagismo ou DIP prévia.
Exame: PA 110/70, FC 88. Abdome sem peritonismo.
Especular: sangue escuro saindo pelo orifício externo, colo fechado. Toque: útero aumentado para 7–8 semanas, amolecido, sem dor anexial.
USTV: saco gestacional intrauterino de 27 mm, regular, sem vesícula vitelina nem embrião. Ovários normais, sem líquido livre. β-hCG hoje: 18.400 mUI/mL.



Ameaça, aborto retido ou gestação anembrionada? Ela precisa de imunoglobulina? Esvazia como?

ABORTAMENTO | AS FORMAS CLÍNICAS

Forma	Sangiamento / dor	Colo	Útero / USG	Conduta
Ameaça	Discreto / leve ou ausente	Fechado	Compatível com a IG; embrião com BCF	Expectante; repouso relativo não muda prognóstico; progesterona vaginal só se sangramento + aborto prévio (PRISM)
Inevitável	Moderado a intenso / cólica	Aberto	Compatível; saco íntegro ou deslocado	Esvaziamento (AMIU/misoprostol) — ou aguardar expulsão se estável
Incompleto	Intenso / cólica	Aberto	Menor que a IG; restos (endométrio > 15 mm heterogêneo)	AMIU até 12 sem; curetagem após; misoprostol 600 µg VO ou 400 µg SL é alternativa
Completo	Diminuindo / cessou	Fechado	Menor; endométrio fino (< 15 mm)	Observação; β-hCG seriado se dúvida
Retido	Ausente ou discreto	Fechado	Menor que a IG; embrião sem BCF ou saco vazio	Expectante (até 4 sem), misoprostol 800 µg vaginal (repetir em 24–48 h) ou AMIU
Infectado	Fétido, purulento / dor, febre	Aberto	Doloroso; restos	Antibiótico (clindamicina + gentamicina) + esvaziamento em 4–6 h; é a 3ª causa de morte materna

Fontes: FEBRASGO, Abortamento (2018); OMS, Clinical practice handbook for safe abortion 2014; Coomarasamy A et al., NEJM 2019 (PRISM).

USG | QUANDO A GESTAÇÃO É INVIÁVEL (DOUBILET, NEJM 2013)

Diagnóstico definitivo

CCN ≥ 7 mm sem batimento cardíaco

Saco gestacional ≥ 25 mm sem embrião (gestação anembrionada)

Sem embrião com BCF ≥ 2 semanas após USG com saco sem vesícula vitelina

Sem embrião com BCF ≥ 11 dias após USG com saco com vesícula vitelina

Suspeito, mas repita

CCN < 7 mm sem BCF

Saco 16–24 mm sem embrião

Sem embrião 7–13 dias após saco sem vesícula

Sem vesícula vitelina ≥ 6 semanas pela DUM

Saco vazio / âmnio vazio ou vesícula > 7 mm

Repetir em 7–14 dias antes de qualquer intervenção. Na dúvida, não esvazie.

E o β-hCG

Zona discriminatória: com β-hCG > 3.500 (alguns usam 2.000) deve haver saco intrauterino à USTV — se não há, pense em ectópica ou aborto completo.

Gestação viável: β-hCG sobe ≥ 49–53% em 48 h (dobra a cada 2–3 dias) no início.

Uma dosagem isolada nunca define nada; o que define é a tendência e a USTV.

Fonte: Doubilet PM et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. N Engl J Med 2013;369:1443-51. Barnhart KT, Obstet Gynecol 2016 (discriminatória).

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Gestação anembrionada (aborto retido): saco ≥ 25 mm sem embrião é critério definitivo.

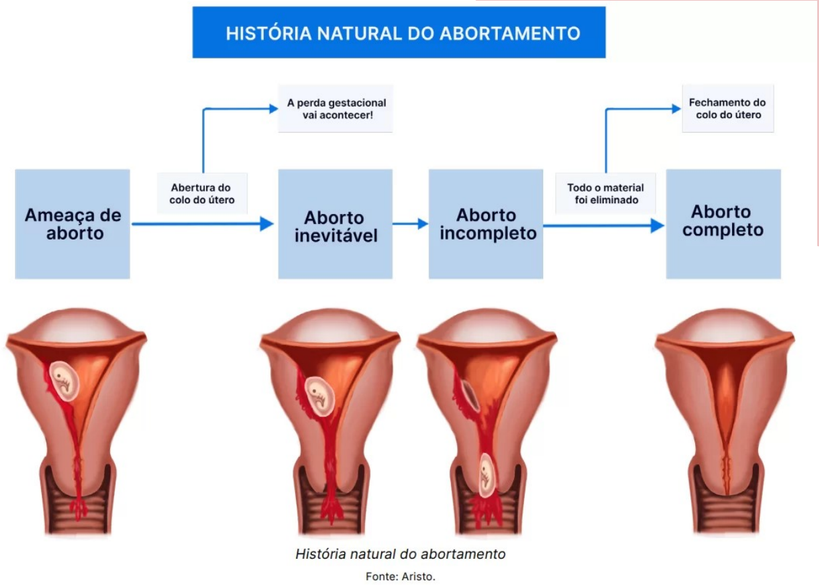
Colo fechado e sangramento discreto não fazem 'ameaça' — a USG define. Não precisa repetir em 7 dias quando o critério é definitivo; precisaria se o saco tivesse 16–24 mm.

Esvaziamento: as três opções são válidas e a escolha é compartilhada. Misoprostol 800 µg vaginal (sucesso 80–90% com 2 doses); AMIU (< 12 semanas, ambulatorial, menos perfuração que a curetagem); ou expectante por até 4 semanas (sucesso 50–70%).

Rh negativo: imunoglobulina anti-D 300 µg (ou 50 µg até 12 semanas) em até 72 h — em todo sangramento, aborto, ectópica, mola e procedimento. Não esquecer o Coombs antes.

Depois: β-hCG não precisa ser seguido se o esvaziamento foi completo e a USG mostra endométrio fino. Contracepção já no retorno. Ácido fólico se quiser engravidar. Um aborto isolado não pede investigação; dois ou três, sim.

Cesárea prévia + sangramento: na próxima gestação, lembrar de olhar o local da implantação (gestação em cicatriz de cesárea é a ectópica que cresce).



História natural do abortamento

Fonte: Aristo.

Saco ≥ 25 mm sem embrião

Misoprostol, AMIU ou expectante

Anti-D em 72 h

Contracepção no retorno

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Suspeita

Tríade clássica (só em 50%): atraso + dor + sangramento. 95% tubárias (ampola).
Risco: DIP, ectópica prévia, cirurgia tubária, FIV, DIU (reduz o total, mas, se engravida, 50% é ectópica), tabagismo.
β-hCG > 3.500 sem saco intrauterino à USTV = ectópica até prova em contrário; massa anexial com anel tubário, 'ring of fire' ao Doppler.
Rota: dor súbita, sinal de Blumberg, líquido livre, choque — laparotomia/laparoscopia.

Metotrexato (50 mg/m² IM, dose única)

Estável, sem rotura, β-hCG < 5.000 (ideal < 2.000), massa < 3,5–4 cm, sem BCF, sem líquido livre, hemograma, função renal e hepática normais, acesso a seguimento.
β-hCG D4 e D7: queda ≥ 15% entre D4 e D7 = sucesso; senão, 2ª dose. Depois semanal até negativar.
Evitar AINE, álcool, relação sexual e sol durante o tratamento. Anti-D se Rh –.
Expectante só se β-hCG < 1.000–1.500 e caindo.

Cirurgia

Instável, rota, β-hCG > 5.000, massa > 4 cm, BCF presente, contraindicação ao MTX, ou preferência.
Laparoscopia é a via. Salpingectomia é o padrão; salpingostomia só se a tuba contralateral estiver doente e a paciente quiser fertilidade (precisa seguir β-hCG — 8% persistem).
Gestação em cicatriz de cesárea, cervical, intersticial e abdominal: centro de referência, risco de hemorragia maciça.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 193 (2018); FEBRASGO, Gravidez ectópica (2018); Mol F et al., Lancet 2014 (ESEP).

DOENÇA TROFOBLÁSTICA | MOLA HIDATIFORME

Suspeitar

Sangramento irregular no 1º trimestre, útero maior que a IG, hiperêmese, β-hCG muito alto (> 100.000), pré-eclâmpsia antes de 20 semanas, hipertireoidismo, cistos tecaluteínicos bilaterais.

Completa (46XX diploide, só paterno): 'tempestade de neve', sem feto; 15–20% evoluem para NTG

Parcial (triploide): feto malformado + placenta cística; NTG em 1–5%

Diagnóstico de certeza é histopatológico.

Esvaziamento

Vacuoaspiração (AMIU ou elétrica) sob ocitocina após o início — nunca misoprostol para esvaziar mola (embolização trofoblástica).

Rh negativo: anti-D. Radiografia de tórax basal.

Histerectomia: opção em ≥ 40 anos com prole completa (reduz NTG, mas não dispensa o seguimento).

Contracepção eficaz (ACO pode) durante todo o seguimento — nova gravidez confunde o β-hCG.

Seguimento e NTG

β-hCG semanal até 3 negativos consecutivos, depois mensal por 6 meses (mola completa); 1 mês após negativar na parcial (FIGO 2021).

Neoplasia trofoblástica (NTG) se:

platô em 4 dosagens por 3 semanas; aumento ≥ 10% em 3 dosagens por 2 semanas; histologia de coriocarcinoma; metástase

NTG de baixo risco (FIGO ≤ 6): metotrexato ou actinomicina — cura ~100%. Alto risco: EMA-CO.

Fontes: FIGO Cancer Report 2021 (Ngan HYS et al.); Braga A et al., Rev Bras Ginecol Obstet 2019; FEBRASGO, Doença trofoblástica gestacional (2021).

Sangramento na 2ª metade

DPP, placenta prévia, rotura uterina e vasa prévia — não toque antes de olhar



CASO 3 | SANGUE VIVO, SEM DOR

Jaqueline, 35 anos, G3P2 (2 cesáreas), 33 semanas.

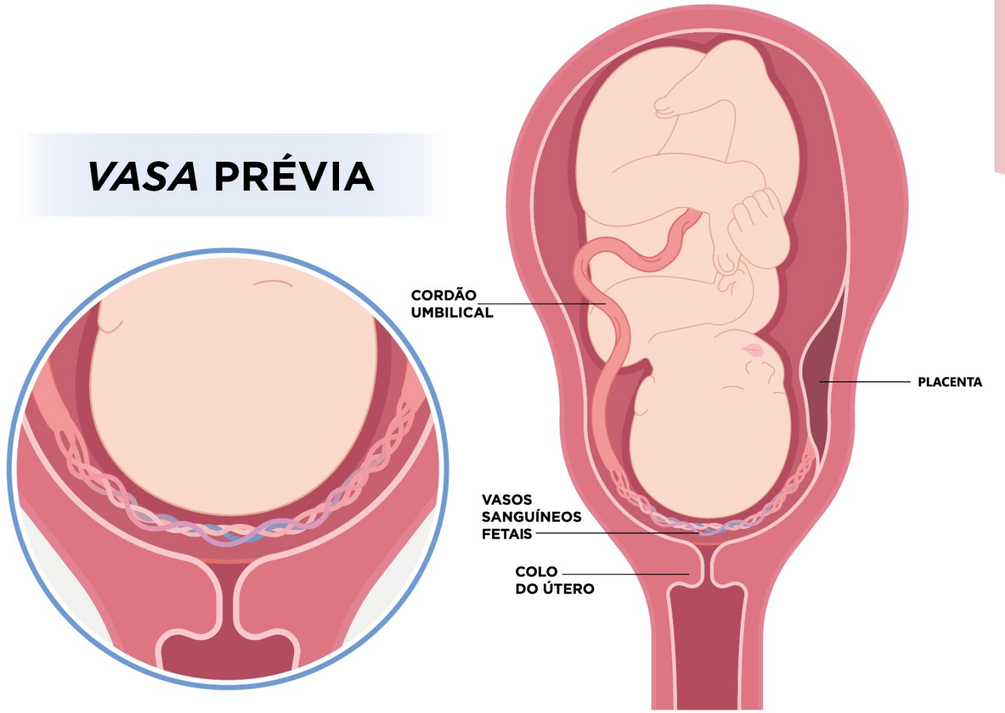
Acordou com sangramento vermelho vivo, 'mais que uma menstruação', sem dor, sem contrações. Já tinha tido dois episódios menores nas últimas 2 semanas, 'depois da relação'.

Pré-natal com 5 consultas; USG de 2º trimestre: 'placenta baixa'. Tabagista. Rh positivo.

Exame: PA 115/75, FC 96, mucosas coradas. Útero com tônus normal, indolor, AU 31 cm, apresentação cefálica alta. BCF 145 bpm. Sem toque vaginal realizado.

Especular: sangue vivo pelo orifício externo, sem lesão de colo. USTV: placenta anterior cobrindo totalmente o orifício interno; lagos placentários, perda da interface

Qual o diagnóstico? Por que não tocar? O que a cesárea prévia acrescenta? Quando e como parir?



Vasa prévia: vasos fetais desprotegidos sobre o orifício interno — o diferencial que mata o feto

Imagem: acervo da aula.

2ª METADE | DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	DPP	Placenta prévia	Rotura uterina	Vasa prévia
Sangramento	Escuro, com coágulos; oculto em 20%	Vermelho vivo, indolor, recorrente, progressivo	Variável; pode ser só hemoperitônio	Vivo, à rotura das membranas
Dor	Intensa, súbita, contínua	Ausente	Súbita e lancinante → cessa (silêncio)	Ausente
Tônus uterino	Hipertonia, 'útero lenhoso'	Normal, relaxado	Partes fetais palpáveis, perda da forma	Normal
Vitalidade fetal	Comprometida: bradicardia, sofrimento	Preservada	Grave: bradicardia → óbito	Bradicardia e exsanguinação em minutos
Fatores de risco	HAS/pré-eclâmpsia, trauma, cocaína, tabaco, corioamnionite, polidrâmnio, DPP prévia	Cesárea e curetagem prévias, idade > 35, multiparidade, tabaco, gemelar, FIV	Cesárea prévia (corporal), miomectomia, misoprostol, versão, obstrução	Inserção velamentosa, placenta bilobada/sucenturiada, FIV, prévia no 2º tri
Diagnóstico	Clínico! USG só exclui prévia	USTV (segura) — não tocar	Clínico; sinais de Bandl e Frommel antes	USTV com Doppler colorido no pré-natal
Conduta	Feto vivo: parto pela via mais rápida (amniotomia); morto: vaginal se estável	Expectante se estável; cesárea 36–37^{6} sem (34–36 se acretismo)	Laparotomia imediata	Cesárea eletiva 34–36 sem; corticoide

Fontes: FEBRASGO, Hemorragias da 2ª metade (2019); ACOG Committee Opinion 764 (2019); RCOG Green-top 27a (2018).

DPP | DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Reconhecer

Dor + hipertonia + sangramento escuro em hipertensa: não espere o ultrassom (sensibilidade 25–50%).
Hemoâmnio, hematoma retroplacentário à amniotomia, útero de Couvelaire.
Coagulopatia (CIVD) em 10–30% dos graves: fibrinogênio < 200 mg/dL é o marcador mais precoce.
Sher I: leve, diagnóstico pós-parto
Sher II: feto vivo com sofrimento
Sher III: óbito fetal — IIIa sem e IIIb com coagulopatia

Conduta

Dois acessos, cristaloide, tipagem e reserva, hemograma, coagulograma, fibrinogênio; sonda vesical; monitorizar.
Feto vivo e viável: parto pela via mais rápida — cesárea quase sempre; vaginal se expulsivo iminente
Feto morto: preferir via vaginal — amniotomia + ocitocina, parto em até 4–6 h; cesárea se instabilidade ou coagulopatia
Amniotomia SEMPRE: reduz pressão intrauterina, tromboplastina para a circulação e acelera o parto.

Depois do parto

Risco máximo de HPP: atonia (útero de Couvelaire) e CIVD. Ocitocina + misoprostol/ergometrina (se não hipertensa) + ácido tranexâmico.
Repor fibrinogênio (crioprecipitado ou concentrado) se < 200; plaquetas se < 50.000; plasma se INR > 1,5.
Recorrência 10–15%: AAS e controle pressórico na próxima; investigar trombofilia só se outros critérios.

Fontes: FEBRASGO 2019; Oyelese Y, Ananth CV, Obstet Gynecol 2006; Protocolos da Maternidade (Santa Casa de Valença).

PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO

Classificação (USTV)

Placenta prévia: cobre o orifício interno (total ou parcialmente)
Placenta de inserção baixa: borda a < 20 mm do orifício interno sem cobri-lo
90% das 'prévias' de 2º trimestre migram — reavaliar com 32 e 36 semanas.
Diagnóstico pela USTV é seguro; o toque vaginal está proibido até excluir prévia.

Conduta

Sangramento ativo: internar, estabilizar, corticoide se 24–34 sem, Rh/anti-D, reserva de sangue. Tocólise só com cautela e sem instabilidade.
Estável e sem sangramento: acompanhamento ambulatorial com acesso rápido à maternidade; abstinência sexual.
Parto: cesárea entre 36 e 37^{6} semanas na prévia; inserção baixa com borda > 10 mm pode tentar vaginal
Hemorragia incontrolável: via de parto imediata, independentemente da IG.

Acretismo: a prévia + cesárea

Risco de acretismo na placenta prévia: 3% sem cesárea, 11% com 1, 40% com 2, 61% com 3 ou mais (Silver 2006).
USG: lagos placentários, perda da zona hipoecoica retroplacentária, interrupção da interface útero-bexiga, hipervascularização ao Doppler. RM se dúvida ou posterior.
Parto: cesárea programada 34–36 sem em centro com banco de sangue, UTI e equipe; histerectomia com a placenta in situ (não tentar remover); ou conservador em casos selecionados.

Fontes: Silver RM et al., Obstet Gynecol 2006; ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus 7 (2018); FIGO Placenta Accreta Spectrum guidelines 2018.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Placenta prévia total com sinais de acretismo (espectro de acretismo placentário).

Sangramento vivo, indolor, recorrente, útero relaxado, feto bem: a clínica é de prévia. A USTV confirmou e mostrou os sinais de acretismo — esperado com 2 cesáreas (risco de 40%).

Não tocar: o toque na prévia desencadeia hemorragia maciça. Especular sim, toque não — regra de ouro do sangramento da 2ª metade até a USG.

Agora: internar; dois acessos; tipagem e reserva; hemograma; corticoide (betametasona 12 mg IM, 2 doses — 33 semanas); monitorização fetal; repouso. Sangrou e parou: segue internada ou com acesso imediato.

Parto: cesárea programada entre 34 e 36 semanas em hospital com banco de sangue e UTI, incisão longe da placenta (fúndica/corporal se anterior), equipe de histerectomia e urologia disponível; planejar histerectomia com a placenta in situ se confirmar acretismo. Sangramento maciço antes disso: cesárea imediata.

Conversa: explicar o risco de histerectomia; discutir laqueadura na cesárea se desejar (lei permite no parto); suspender o tabagismo.

	DPP	Placenta prévia	Rotura uterina	Rotura de seio marginal	Vasa prévia
Sangramento	Escuro, com coágulos. Oculto em até 20% dos casos	Vivo, indolor, recorrente e progressivo	Vivo e súbito; pode ser oculto (hemoperitônio)	Vivo, discreto e autolimitado	Vivo, à amniorrexe — o sangue é FETAL
Dor	Intensa, súbita e contínua	Ausente	Lancinante, seguida de acalmia (sinal de Reynolds)	Ausente	Ausente
Tônus uterino	Hipertonia — útero lenhoso	Normal, relaxado	Atonia e partes fetais palpáveis; Bandl-Frommel prévios	Normal	Normal
Vitalidade fetal	Comprometida — sofrimento ou óbito	Preservada de início	Grave: bradicardia ou BCF ausente	Preservada	Exsanguinação — óbito em minutos
Risco / etiologia	HAS e pré-eclâmpsia, trauma, tabagismo, cocaína	Cesárea prévia, multiparidade, idade > 35, gemelar	Cicatriz uterina, ocitocina, manobra de Kristeller	Idiopática; descolamento da borda placentária	Inserção velamentosa, placenta bilobada, FIV
Diagnóstico	Clínico. USG normal NÃO exclui	USG é padrão-ouro. Não fazer toque vaginal	Clínico, em geral na sala de parto	Exclusão / retrospectivo (coágulo na borda)	Doppler colorido ainda no pré-natal
Conduta	Interrupção imediata, pela via mais rápida. Feto vivo?	Termo: cesárea. Pré-termo estável: expectante	Laparotomia de urgência	Expectante; prognóstico bom	Cesárea eletiva 34–36 sem; emergência se rotura

Diferencial das hemorragias da 2ª metade

Especular sim, toque não

Prévia + 2 cesáreas = acretismo?

Corticoide 24–34 sem

Cesárea 34–36 sem, centro de referência

ROTURA UTERINA E VASA PRÉVIA

Rotura uterina — antes

Iminência (Bandl-Frommel): anel de Bandl (útero em ampulheta) + ligamentos redondos retesados — parto obstruído, pare a ocitocina e opere
Risco: cesárea prévia (0,5–1% no parto vaginal após cesárea segmentar; 4–9% se corporal), misoprostol em útero com cicatriz (contraindicado), miomectomia, manobra de Kristeller.
Consumada: dor súbita que cessa, sangramento, partes fetais palpáveis, subida da apresentação, bradicardia fetal, choque.

Rotura uterina — conduta

Laparotomia imediata com reanimação simultânea: o feto morre em minutos.
Rafia (histerorrafia) se lesão limpa e paciente quer fertilidade; histerectomia se extensa, infectada ou instável.
Próxima gestação: cesárea eletiva 36–37 semanas — nunca trabalho de parto.

Vasa prévia

Vasos fetais desprotegidos (inserção velamentosa ou lobo sucenturiado) sobre o orifício interno: rompem com as membranas.
Sangramento vivo + bradicardia fetal imediata = cesárea de emergência; o teste de Apt diferencia sangue fetal.
Diagnóstico pré-natal (USTV + Doppler no morfológico) muda a sobrevida de 44% para 97%: internar às 30–34 semanas, corticoide, cesárea eletiva entre 34 e 36 semanas.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 205 (VBAC, 2019); Oyelese Y et al., Obstet Gynecol 2004 (vasa prévia); SMFM Consult Series 37 (2015).

MENSAGENS

1

Datação: DUM só vale se concordar com o 1º USG dentro da margem (± 5 d < 9 sem; ± 7 d até 15[6]). Vale o primeiro USG; IG não muda depois.

2

Pré-natal: 6 consultas (1-2-3), até 12 semanas, exames nos 3 trimestres, dTpa a partir de 20 sem, VSR 28–36 sem, risco reclassificado em toda consulta.

3

TOTG 24–28 sem: jejum ≥ 92, 1 h ≥ 180, 2 h ≥ 153 — um valor basta. Jejum ≥ 126 ou 2 h ≥ 200 é diabetes prévio.

4

1ª metade: USG decide. CCN ≥ 7 mm sem BCF ou saco ≥ 25 mm vazio = inviável. Rh negativo = anti-D em todo sangramento. Ectópica: MTX se estável, β-hCG < 5.000, massa < 4 cm.

5

Mola: vacuoaspiração, nunca misoprostol; β-hCG semanal até negativar; contracepção; NTG se platô ou subida.

6

2ª metade: especular sim, toque não. DPP é clínico (dor + hipertonia + hipertensão): amniotomia e parto rápido. Prévia + cesárea prévia: pense em acretismo e pare onde há sangue e UTI.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

