



DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Trata-se da separação prematura da placenta normalmente inserida. Complica cerca de 1% dos nascimentos, e cerca de 80% dos casos ocorrem antes do início do trabalho de parto.

FATORES DE RISCO

- DPP em gestação anterior: é o maior determinante de risco, elevando-o em 15 a 20 vezes na gestação atual.
- Multiparidade
- Idade materna avançada
- Tabagismo
- Uso de cocaína
- Trauma
- Hipertensão materna
- Rotura prematura das membranas ovulares
- Gestação múltipla
- Polidramnia com rápida descompressão da cavidade uterina
- Trambofilias (hereditárias ou adquiridas)
- Miomatose e malformações uterinas
- Anomalias placentárias
- Sangramento no início da gravidez

DIAGNÓSTICO

- A hipertensão arterial é freqüentemente diagnosticada ou referida pela paciente.
- Dor abdominal espontânea (subitânea e de intensidade variável) ou à palpação.
- Hipertonia uterina (identificação difícil na presença de obesidade).
- Sangramento vaginal (80% dos casos) podendo ser mínimo, eventual, ou não observado (sangramento oculto, hematoma retroplacentário) em 10 a 20% dos casos.
- Bolsa das águas tensa.
- Líquido amniótico ocasionalmente hemorrágico (hemoâmnio).
- Sinais de hipovolemia materna podem estar presentes.
- Bradicardia fetal importante ou BCF inaudível.
- Cardiotocografia geralmente anormal, com padrão não reativo ou bradicardia fetal acentuada.
- A ultra-sonografia é importante para o diagnóstico de óbito fetal. Quando normal, não afasta o DPP.

Classificação clínica do DPP (orienta a conduta)

Parâmetros	Grau I <i>Leve</i>	Grau II <i>Intermediário</i>	Grau III <i>Grave</i>	
			III A	III B
Hipertonia	Não	Sim	Sim	Sim
Concepto	Vivo	Vivo	Morto	Morto
Diagnóstico	Retrospectivo, pelo exame da placenta	Clínico	Clínico	Clínico
Coagulopatia	Não	Não	Não	Sim

CONDUTA

MEDIDAS GERAIS

- Internação imediata.
- Cateterismo vesical.
- Administração de oxigênio úmido sob máscara.
- Avaliação laboratorial da série vermelha, da função renal e da coagulação sanguínea.
- Reposição da volemia, se necessário.
- Correção dos distúrbios de coagulação, se presentes (*Grau IIIB*).

CONDUTA OBSTÉTRICA

- Estando o conceito vivo (*Grau II*), realizar o parto o mais rápido possível, por operação cesariana (conduta preferencial), ou por via baixa, com o emprego do fórcepe, se em período expulsivo.
- Estando o conceito morto (*Grau III*), utilizar a via mais segura para a mãe, preferencialmente o parto vaginal.

COMPLICAÇÕES IMEDIATAS

- *Útero de Couvelaire*. Só realizar histerectomia (*subtotal*) se não houver resposta contrátil do útero após a sua sutura e a administração de ocitócicos.
- Distúrbios da hemocoagulação e coagulação intravascular disseminada (*ver rotina específica*).

LEMBRETES

- Providenciar reserva de sangue e derivados.
- Frente ao diagnóstico de *Útero de Couvelaire*, sem resposta contrátil, não adiar a decisão de histerectomia subtotal, mesmo em paciente jovem

LEITURA SUGERIDA

1. CARVALHO, C. M. de. Sangramento no terceiro trimestre. **Manual de perinatologia/perinatal**. Rio de Janeiro: Grupo Perinatal, 2012, p.177-180.
2. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Descolamento prematuro da placenta. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.408-415.