



RETENÇÃO PLACENTÁRIA

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

Considera-se a placenta retida quando sua expulsão não ocorre até 30 minutos após o nascimento, apesar do manejo ativo do 3º período (tração controlada do cordão, massagem uterina, administração de drogas uterotônicas).

PREVALÊNCIA

Varia de 1,5% a 2,7%, sendo mais frequente em populações de alto risco.

FATORES DE RISCO

- Parto pré-termo.
- História de placenta retida em outra gestação.
- Curetagem prévia.
- Parto acelerado ou induzido.
- Uso de metilergonovina.
- Pré-eclâmpsia.
- Mal-formações uterinas.

ETIOLOGIA E TRATAMENTO

- **Encarceramento placentário:** placenta descolada, porém retida por um anel de constrição segmentar ou pelo fechamento parcial do colo.
 - o Manobra de Credé.
 - o Anestesia geral.
 - o Extração manual da placenta, sob anestesia.
- **Falha da contratilidade miometrial no sítio placentário:** procura-se estimular a contratilidade do miométrio retroplacentário.
 - o Ocitocina por via endovenosa.
 - o Misoprostol: 200 a 400mcg por via retal.
 - o Extração manual da placenta, quando não se obtém sucesso com os agentes uterotônicos.
- **Acretismo placentário:** geralmente diagnosticado durante a extração manual da placenta, quando percebe-se uma área onde a placenta está firmemente aderida ao útero ou a ausência completa de um plano de clivagem.
 - o Curagem, seguida ou não de curetagem uterina, em centro cirúrgico, sob anestesia e ocitocina venosa e com hemocomponentes disponíveis (reserva).
 - o Histerectomia, em caso de acretismo placentário completo ou hipotonia e hemorragia persistente após a curagem uterina.
 - o Em pacientes jovens, de baixa paridade, considerar manejo conservador, deixando-se a placenta *in situ* após a ligadura alta do cordão, aguardando-se sua absorção espontânea. Monitorização rigorosa e antibioticoprofilaxia de amplo espectro são necessárias. Não há evidências de benefícios com o uso de Metotrexate.

LEITURA RECOMENDADA

- CHEUNG, W.M. et al. The retained placenta: historical and geographical rate variations. **J. Obstet. Gynaecol.**, v.31, n.1, p.37-42, 2011.
- COMBS, C.A.; LAROS JUNIOR, R.K. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. **Obstet. Gynecol.**, v.77, n.6, p.863-867, 1991.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. **Clinical Guideline**, set. 2007. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2013.
- WHO. **WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta**, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf>. Acesso em: 02 mar 2013.
- BRASIL. O uso clínico de hemocomponentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.29-53.