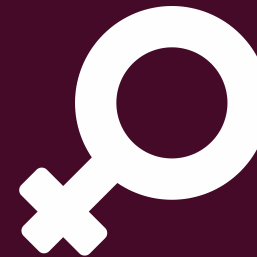


Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

# DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: OTIMIZANDO O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA



**Mulheres grávidas com sintomas de descolamento prematuro de placenta devem ser prontamente avaliadas para estabelecer rápido diagnóstico, estado materno e fetal e início do manejo adequado.**



## **Objetivos:**

Apresentar as recomendações vigentes para o rápido diagnóstico e adequada condução dos casos de descolamento prematuro de placenta.



## Introdução

O DPP ocorre em aproximadamente 0,4-1% das gestações

TIKKANEN. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2011; 90:140-9

Nascer no Brasil – 1,3%; atingindo 2,1% nas hipertensas

Dados não publicados

40-60% dos casos de DPP ocorrem antes de 37 semanas e 14% antes de 32 semanas

TIKKANEN. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2011; 90:140-9



## Introdução

DPP com mais de 50% de descolamento pode levar ao óbito fetal

TIKKANEN. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2011; 90:140-9

A mortalidade perinatal pode chegar a 60%, mas em países desenvolvidos varia de 9 a 12%

TIKKANEN. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2011; 90:140-9

23% de óbito fetal na USP entre 2001 e 2005

CABAR ET AL. REV ASSOC MED BRAS 2008; 54:256-60

Os riscos maternos do DPP incluem necessidade de transfusão, histerectomia, CID, insuficiência renal e eventual morte materna

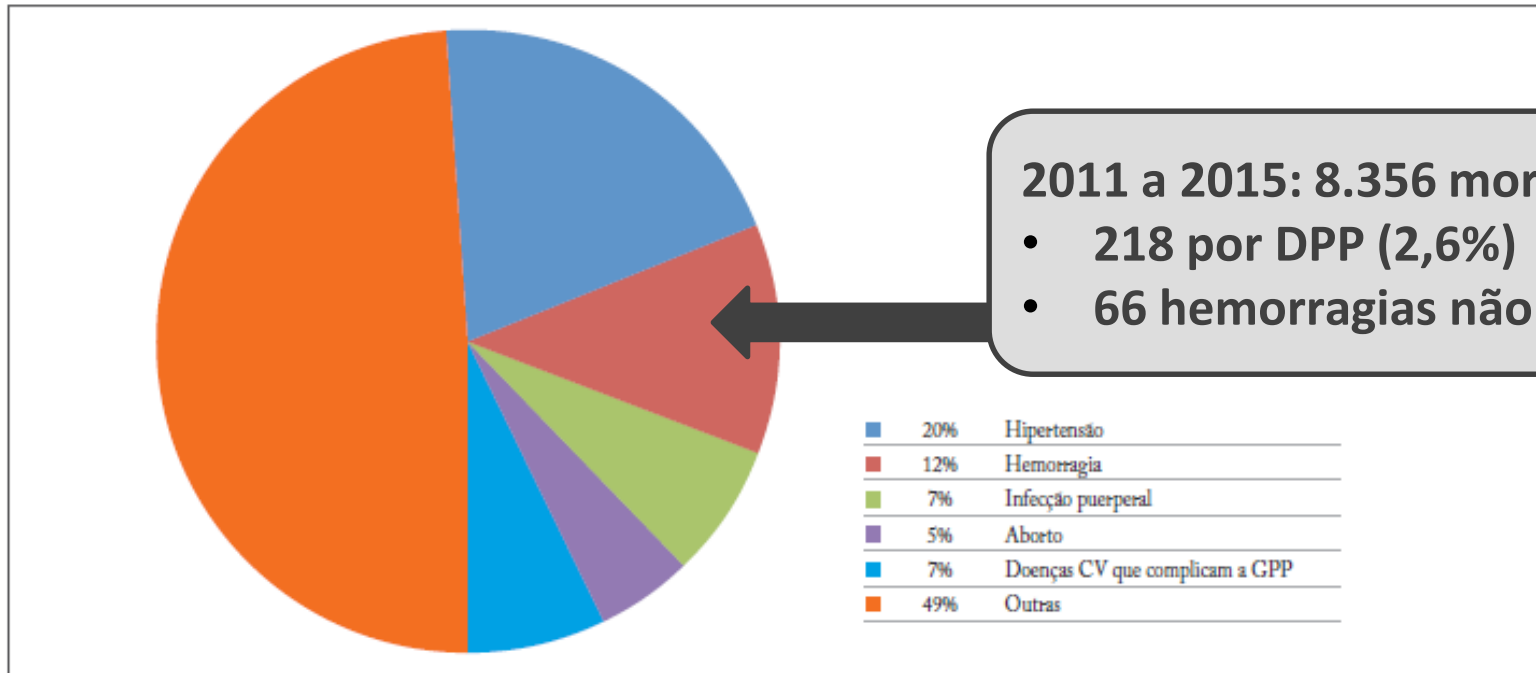
TIKKANEN. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2011; 90:140-9



## Introdução

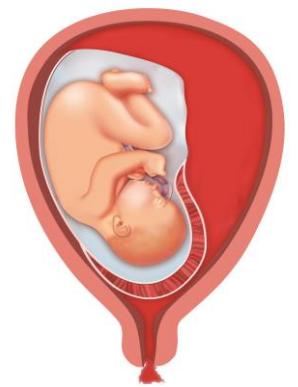
O Brasil tem reduzido a RMM (Razão de Mortalidade Materna) desde 1990 mas não atingiu a 5ª meta do milênio (redução de  $\frac{3}{4}$  das mortes maternas) até 2015 (meta: 35).

Gráfico 4 – Proporção (%) dos óbitos maternos, segundo tipo de causa – Brasil, 2012



2011 a 2015: 8.356 mortes maternas:

- 218 por DPP (2,6%)
- 66 hemorragias não classificadas





## Introdução

Em um grande estudo nacional, O DPP representou 5,4% dos casos de morbidade materna grave, 9,2% dos de near miss materno e 5% dos de morte materna.

ROCHA FILHO ET AL. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 2015; 94: 50-8

**Table 2.** Prevalence of the main causes of antepartum and intrapartum hemorrhage among maternal morbidity cases classified as potentially life-threatening conditions (PLTC), maternal near miss (MNM) and maternal death (MD).

Type of maternal morbidity	PLTC (n)	MNM (n)	MD (n)	Total (n)
Complications due to hemorrhage	23.0%	43.5%	35.7%	
Antepartum and intrapartum hemorrhage	7.1 (613)	18.2 (140)	10.0 (14)	(767)
Placental abruption	5.4 (467)	9.2 (71)	5.0 (7)	(545)
Placenta previa/accreta	1.7 (147)	7.7 (59)	2.9 (4)	(210)
Uterine rupture	0.2 (17)	1.7 (13)	2.1 (3)	(33)
Other complications	77.0%	56.5%	64.3%	
Total	8645	770	140	
WHO criteria for MNM and MD for antepartum and intrapartum hemorrhage				
Clinical		(73)	(13)	(86)
Laboratory-based		(45)	(10)	(55)
Management-based		(109)	(14)	(123)
Total		140	14	154

13%

1,3%



## **Avaliação Clínica**

- O papel da avaliação clínica da mulher apresentando hemorragia anteparto é primeiramente estabelecer se há necessidade de intervenção imediata.
- A avaliação inicial inclui a história no intuito de verificar os sintomas presentes, a avaliação da extensão da hemorragia, da condição cardiovascular materna e do bem-estar fetal.

**Hemorragia maior ou maciça persistente ou caso a mulher não esteja em condições de prover a história devido ao seu comprometimento clínico, uma avaliação aguda do bem estar materno deve ser realizada e iniciada ressuscitação imediata.**

**A mãe é a prioridade nessas situações e ela deve ser estabilizada antes de se estabelecer a condição fetal.**





## Checar Estabilidade

- Pressão arterial
- Frequência cardíaca
- Avaliar montante do sangramento



## Ressuscitação

> 1.000 ml ou sinais de choque

## História

- Avaliar presença de dor e se é contínua ou intermitente
- Avaliar fatores de risco para DPP e placenta prévia
- Questionar se houve perda de líquido
- Questionar sobre movimentação fetal

## Exame Físico

- Palpação abdominal (hipertonia)
- Exame especular (excluir origem cervical, avaliar dilatação)
- Toque (se não houver suspeita de placenta prévia)

## Exames

- Ultrassonografia para diagnosticar placenta prévia (não exclui DPP)
- Hemograma
- Grupo sanguíneo, caso desconhecido
- Coagulograma e fibrinogênio
- Cardiotocografia












## Apresentação Clínica

- Sangramento de início súbito de volume variável;
- Dor abdominal contínua (melhor preditor de desfecho desfavorável);
- Dor lombar (se placenta posterior);
- Trabalho de parto (contrações frequentes e fugazes);
- Dor à palpação do útero;
- Hipertonia;
- Hipotensão ou hipertensão arterial;
- 20% apresentam-se sem sangramento, em trabalho de parto pré-termo;
- Sofrimento fetal agudo.





**A Pictorial Reference Guide to Aid Visual Estimation of Blood Loss at Obstetric Haemorrhage: Accurate Visual Assessment is Associated with Fewer Blood Transfusions**  
Dr Patrick Bose, Dr Fiona Regan, Miss Sara-Paterson Brown

 Soiled Sanitary Towel 30ml	 Soaked Sanitary Towel 100ml	 Small Soaked Swab 10x10cm 60ml
 Incontinence Pad 250ml	 Large Soaked Swab 45x45cm 350ml*	 100cm Diameter Floor Spill 1500ml*
 PPH on Bed only 1000ml	 PPH Spilling to Floor 2000ml	 Full Kidney Dish 500ml

\*Multidisciplinary observations of estimated blood loss revealed that scenarios (e-f) are grossly underestimated (> 30%)

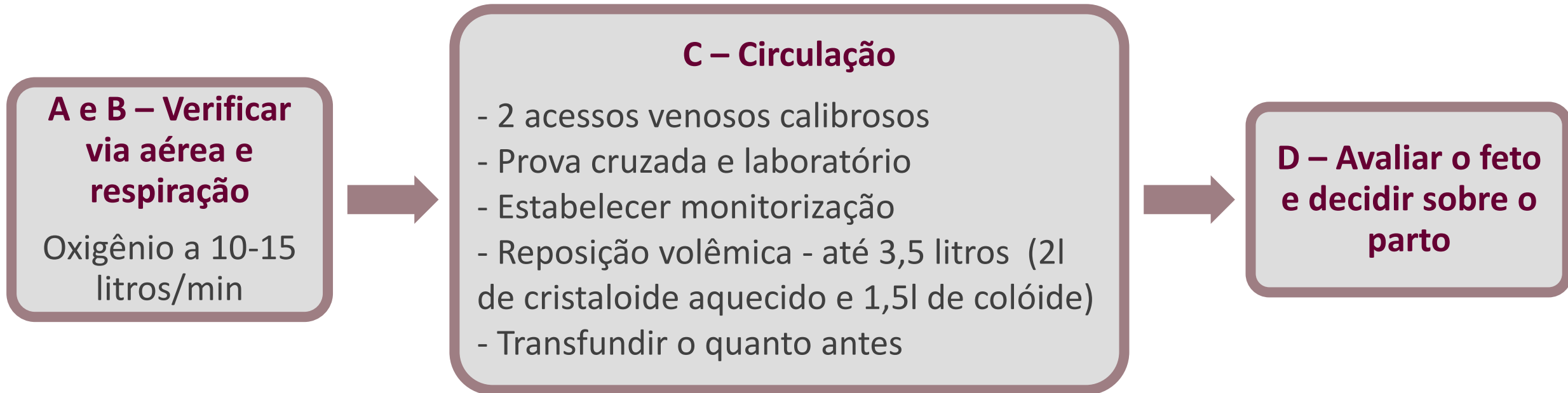
For Further Information please contact Miss Sara Paterson-Brown  
Delivery suite, Queen Charlottes Hospital, London

**Hemorragia maior  
50 a 1000 ml sem sinais de choque**

**Hemorragia maciça  
> 1000 ml e/ou sinais de choque**



## Conduta na Hemorragia Maciça





## Transfusão

- Não há critério definido para iniciar transfusão de hemácias. A decisão da transfusão deve ser baseada tanto na avaliação clínica como na hematológica.
- Em casos de urgência, iniciar transfusão de sangue O negativo.
- Se os testes de coagulação não estiverem disponíveis, transfusão de plasma fresco deve ser considerado para condições com suspeita de coagulopatia, como o DPP, e transfusão de 4 concentrados de hemácias.
- Se há continuidade do quadro de hemorragia maciça, transfundir até 4 unidades de plasma fresco e 10 unidades de crioprecipitado empiricamente.



RCOG Green top guideline:  
Antepartum haemorrhage. 2011



## Objetivos na Hemorragia Maciça



Hemoglobina > 8 g/dl



Plaquetas > 75.000



Tempo de protrombina (TAP) < 1,5 x controle



Tempo de tromboplastina parcial ativado (PTTa) < 1,5 x controle



Fibrinogênio > 100 mg/dl

RCOG Green top guideline:  
Antepartum haemorrhage. 2011



## Decisão pela Interrupção

Gravidade do sangramento

Condição materna e fetal

Idade gestacional



## Óbito Fetal

- Mais de 50% de área descolada
- 20% evoluem com CID
- Necessidade frequente de hemotransfusão
- Melhor via é a de menor risco materno

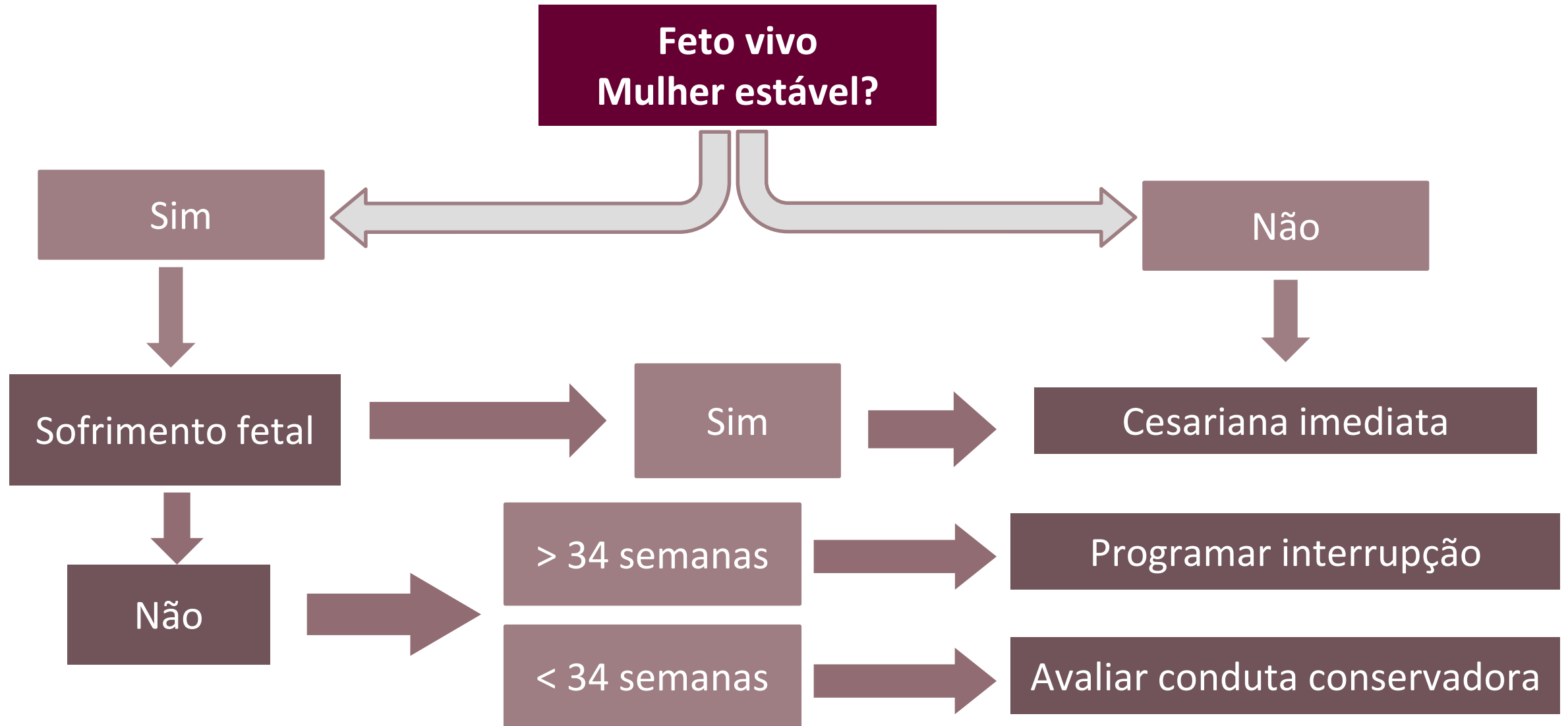
### **Mulher Instável**

Cesariana, se parto vaginal não iminente, adotando medidas de ressuscitação concomitantes.

### **Mulher Estável**

Parto vaginal preferível, fazendo uso de amniotomia e ocitocina para acelerar ou induzir o parto.







## Conduta Conservadora

Quando a mulher e o feto estão ambos estáveis e não há evidência de hemorragia maior ou coagulopatia.

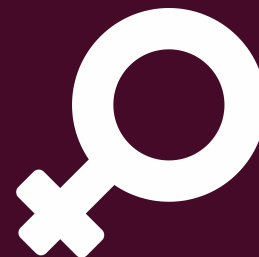
- Corticóide
- Tocólise se trabalho de parto pré-termo (?)
- Avaliação do bem-estar fetal (ultrassonografia e/ou cardiotocografia)
- Maior risco de CIUR e oligodramnia
- Programar parto com 37/38 semanas



## Referências

- Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Feb;90(2):140-9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x. Epub 2010 Dec 7. Review. PubMed PMID: 21241259.
- CABAR, Fábio Roberto et al . Óbito fetal no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 54, n. 3, p. 256-260, June 2008.
- Rocha Filho EA, Costa ML, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Contribution of antepartum and intrapartum hemorrhage to the burden of maternal near miss and death in a national surveillance study. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 50–58.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green top guideline: Antepartum hemorrhage. 2011.
- Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol. 2006Oct;108(4):1005-16. Review. PubMed PMID: 17012465.

Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

## DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: OTIMIZANDO O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA

Material de 22 de março de 2019

Disponível em: [portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br)

Eixo: Atenção às Mulheres

**Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.**