

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	2
2.	CLASSIFICAÇÃO	2
3.	FATORES DE RISCO	3
4.	DIAGNÓSTICO.....	4
5.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	5
6.	CONDUTA.....	5
7.	DESCOLAMENTO CRÔNICO.....	6
8.	REFERÊNCIAS.....	7
9.	HISTÓRICO DE REVISÃO	8
10.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO.....	9



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	

1. INTRODUÇÃO

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa, antes do nascimento do feto. O diagnóstico geralmente é reservado para gestações com 20 ou mais semanas de gestação. Os achados clínicos principais são sangramento vaginal e dor abdominal, muitas vezes acompanhados por contrações uterinas hipertônicas e um padrão de frequência cardíaca fetal não tranquilizador. Representa causa significativa de morbi-mortalidade materna e perinatal. A taxa de mortalidade perinatal é aproximadamente 20 vezes maior em relação às gestações sem DPP (12% versus 0,6%, respectivamente). A maioria das mortes perinatais (até 77%) ocorre intrauterino. É a prematuridade a principal causa de mortalidade pós-natal.

2. CLASSIFICAÇÃO

É classificada em três graus, levando-se em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com classificação de Sher:

- Grau I: Assintomático ou apresenta sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa, com vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatias maternas. O diagnóstico é realizado após o nascimento por presença de coágulo retroplacentário.
- Grau II: Sangramento genital moderado com hipertonia uterina. Repercussões hemodinâmicas na mãe com aumento de frequência cardíaca, alterações posturais da pressão arterial e queda do nível de fibrinogênio. Feto vivo, porém, com vitalidade fetal prejudicada. A via vaginal é a via de escolha, desde que a gestante já esteja em franco trabalho de parto, apresente estabilidade hemodinâmica e a vitalidade fetal esteja preservada.
- Grau III: Caracteriza-se por óbito fetal, sangramento genital importante, hipotensão arterial materna e hipertonia uterina. Divide-se em:
 - IIIA: Sem coagulopatia instalada.
 - IIIB: Com coagulopatia instalada.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão:	Próxima revisão:
		02/04/2025	
		Versão: 6	

3. FATORES DE RISCO

O DPP prévio é o fator de risco mais importante para o descolamento, com riscos de recorrência de 10 a 15 vezes maiores (Tabela 1). As síndromes hipertensivas representam a condição clínica mais frequentemente associada ao DPP. As mulheres hipertensas têm um risco cinco vezes maior de DPP grave em comparação com mulheres normotensas, e a terapia anti-hipertensiva não parece reduzir o risco de descolamento placentário entre mulheres com hipertensão crônica. A ausência de hipertensão no momento da chegada não exclui a etiologia hipertensiva, já que a gestante pode estar chocada. Os procedimentos relacionados à estabilização de uma gestante com distúrbios hipertensivos devem ser considerados (por exemplo, o sulfato de magnésio).

OBS: A associação entre a infecção por COVID-19 durante a gravidez e resultados obstétricos adversos, incluindo descolamento, foi investigada com achados inconsistentes. Um estudo de caso-controle de natimortos entre aqueles com e sem infecções por COVID-19 identificou um aumento no descolamento prematuro entre os casos e um segundo estudo encontrou uma probabilidade aumentada de descolamento prematuro no cenário de COVID-19 (odds ratio [OR] 1,86). No entanto, em uma grande coorte retrospectiva de mais de 800.000 partos, nenhuma diferença na taxa de descolamento foi identificada em gestantes com resultado positivo em comparação com aquelas com resultado negativo para COVID-19.

FATORES DE RISCO PARA DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTAIS
· Idade materna ≥ 35 anos e < 20 anos
· Paridade ≥ 3
· Raça negra
· Mães solteiras
· Tabagismo, uso de álcool e drogas
· Infertilidade de causa indeterminada
FATORES MATERNOS NA GESTAÇÃO ATUAL
· Síndromes hipertensivas – responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos
· Hiperhomocisteinemia
· Trombofilia
· Diabetes pré-gestacional
· Hipotireoidismo
· Anemia
· Malformações uterinas
· Rotura anteparto de membranas ovulares
· Corioamnionite
· Oligoâmnio/polidrâmnio

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão:	Próxima revisão:
		02/04/2025	02/04/2027
		Versão: 6	
· Placenta prévia			
· Gestações múltiplas			
· Trauma (automobilístico, brevidade do cordão, versão externa, torção do útero			
· gravídico, retração uterina intensa)			
· Amniocentese/cordocentese			
· FATORES MATERNS EM GESTAÇÕES ANTERIORES			
· Cesárea anterior			
· Abortamentos			
· Pré-eclâmpsia			
· Natimorto			
· Descolamento prematuro da placenta – aumenta o risco em 3 a 15 %.			

Tabela 1 - Fatores de risco para descolamento prematuro de placenta

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, mas os achados de estudos de imagem, laboratório e pós-parto podem ser utilizados para apoiar o diagnóstico clínico. Mulheres com DPP agudo classicamente apresentam-se com sangramento vaginal leve a moderado e dor abdominal e / ou dor nas costas, acompanhadas de contrações uterinas. Em pacientes com sintomas clássicos, anormalidades da frequência cardíaca fetal ou ausência de batimentos e /ou coagulação intravascular disseminada sugerem fortemente o diagnóstico clínico e indicam DPP extenso.

O exame de ultrassonografia é útil para identificar um hematoma retroplacentário e para excluir outros distúrbios associados com sangramento vaginal e dor abdominal. Um hematoma retroplacentário é o achado clássico e apoia fortemente o diagnóstico clínico, mas está ausente em muitas pacientes. Quando há evidência ecográfica de um hematoma retroplacentário, parecem ocorrer os piores resultados. Entretanto a ausência de hematoma não exclui a possibilidade de descolamento grave porque o mesmo pode ainda não ter se organizado. A sensibilidade dos achados para o diagnóstico é de apenas 25 a 60%, mas o valor preditivo positivo é alto (88%), quando estão presentes.

Achados laboratoriais - O grau de hemorragia materna correlaciona-se com o grau de anormalidade hematológica; os níveis de fibrinogênio apresentam a melhor correlação com a gravidade do sangramento, a coagulação intravascular disseminada e a necessidade de transfusão de múltiplos produtos sanguíneos. O valor inicial de fibrinogênio ≤ 200 mg / dL tem um valor preditivo positivo de 100 por cento para hemorragia pós-parto grave, enquanto que níveis de fibrinogênio ≥ 400 mg/dL têm um valor preditivo negativo de 79 por cento. O DPP leve pode não estar associado a quaisquer anormalidades dos testes de hemostasia comumente usados. O DPP grave pode levar à coagulação intravascular disseminada (CIVD) e em 10 a 20 % dos casos leva ao óbito fetal.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	

O diagnóstico de CIVD aguda é confirmado pela demonstração de aumento da geração de trombina (por exemplo, diminuição do fibrinogênio) e aumento da fibrinólise (por exemplo, produtos elevados de degradação de fibrina [PDF] e D-dímero). No entanto, os achados de laboratório sugestivos de CIVD leve precisam ser interpretados com cautela durante a gravidez devido aos aumentos normais relacionados à concentração de quase todos os fatores de coagulação e uma diminuição leve normal na contagem de plaquetas que ocorrem fisiologicamente na gestação.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Em mulheres grávidas com suspeita de descolamento, o diagnóstico diferencial de sangramento vaginal acompanhado de dor e contrações inclui trabalho de parto, placenta prévia, rotura uterina e hematoma subcoriônico.

A apresentação clínica característica da placenta prévia é sangramento vaginal indolor após 20 semanas de gestação. No entanto, 10 a 20% das mulheres apresentam contrações uterinas associadas ao sangramento. Assim, o DPP e a placenta prévia podem ser difíceis de distinguir clinicamente, uma vez que o descolamento pode não estar associado a dor significativa e a placenta prévia pode não ser indolor.

A rotura uterina é mais comum em mulheres com histerotomia prévia. Os sinais de rotura uterina podem incluir anormalidades do ritmo cardíaco fetal, sangramento vaginal, dor abdominal constante, cessação das contrações uterinas, hipotensão e taquicardia maternas. Muitos desses sintomas são comuns ao descolamento, porque a rotura uterina geralmente leva à DPP.

6. CONDUTA

- A conduta deve ser individualizada e depende da extensão e classificação do DPP, do comprometimento materno e fetal e da idade gestacional (Fluxograma 1).
- As gestantes com suspeita de DPP devem ser monitoradas avaliando-se o estado hemodinâmico materno (PA, pulso e diurese) e a vitalidade fetal.
- A avaliação laboratorial materna deve incluir tipagem sanguínea, hemograma completo e coagulograma.

Um teste simples, de baixo custo e com resultado rápido pode ser realizado para avaliar o estado de coagulação da gestante. Pode ser avaliado rapidamente com a coleta de 10ml de sangue em tubo de ensaio seco – este deve ser mantido em temperatura ambiente. Após 7 a 10 minutos, deverá haver a formação de um coágulo firme; se isso não ocorrer, a coagulopatia está instalada.

- A ultrassonografia pode ser útil nos casos duvidosos, já que o diagnóstico é eminentemente clínico.
- A qualquer sinal de hipotensão ou instabilidade hemodinâmica deve-se instituir 2 acessos venosos calibrosos com infusão de 1000 ml de solução cristalóide, com velocidade de infusão de 500 ml nos primeiros 10 minutos e manutenção com 250 ml/h mantendo-se débito urinário > 30mL/h.
- A monitorização cardíaca fetal contínua desde que o feto esteja em risco de hipoxemia ou

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	

desenvolver acidose.

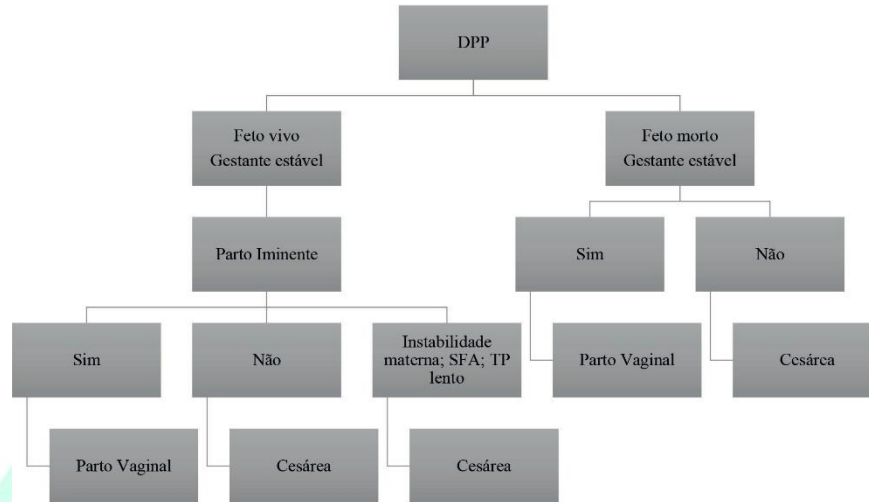
- De um modo geral, nos casos de feto viável, quando o parto vaginal não for iminente, a via de parto preferida deve ser a abdominal por cesárea de emergência.
- Nos casos de feto vivo com cardiotocografia (CTG) categoria III e o parto vaginal for iminente (próximos 20 minutos) pode-se optar pelo parto vaginal espontâneo ou instrumental. Se o parto vaginal não for iminente, deve-se indicar a cesárea.
- Nas situações de feto vivo com CTG categoria II: a via de parto dependerá da idade gestacional, dilatação cervical, e se existe instabilidade fetal ou materna.
- Nos fetos vivos com CTG categoria I: a via de parto dependerá da estabilidade hemodinâmica materna e da idade gestacional.
- Na presença de feto morto e mãe hemodinamicamente estável deve-se optar pelo parto vaginal.
- A amniotomia se faz necessária para reduzir hemorragia materna e passagem de tromboplastina para a corrente sanguínea da mãe.
- A ocitocina pode ser administrada se houver necessidade de induzir o parto. O parto deverá ocorrer dentro de 4 a 6 horas e o quadro clínico reavaliado a cada hora.
- Após o parto, a monitorização materna rigorosa se impõe, principalmente quando se identifica a presença de útero de Couvelaire como achado intraoperatório.

7. DESCOLAMENTO CRÔNICO

As gestantes com este quadro apresentam hemorragia leve, crônica, intermitente e manifestações clínicas de doença placentária isquêmica que se desenvolvem ao longo do tempo, como oligohidramnia, restrição de crescimento fetal e pré-eclâmpsia. Eles também correm o risco de rotura anteparto das membranas.

Os estudos de coagulação geralmente são normais. O exame ultrassonográfico pode identificar hematoma placentário (retromembranoso, marginal ou central) e o exame seriado pode revelar restrição de crescimento fetal e /ou oligohidramnia. O DPP no segundo trimestre acompanhado de oligohidramnia tem um prognóstico sombrio, incluindo altas taxas de morte fetal, parto prematuro e morbidade neonatal grave ou morte.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	



Fluxograma 1- Conduta no descolamento prematuro de placenta
 Legenda: SFA: Sofrimento Fetal Agudo; TP: Trabalho de Parto.

8. REFERÊNCIAS

1. Ananth CV, Kinzler WL. Placental abruption: clinical features and diagnosis. Uptodate, 2017.
2. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol 2016; 214:272.e1.
3. Cande VA, Wendy LK. Acute placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences?search=DESCOLAMENTO%20PREMATURO%20DE%20PLACENTA&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8. Acesso em 20 de dezembro de 2022.
4. Cunningham FG, Leveno JK, Bloom MD, Hauth JC, Gilstrap III LC, Westrom KD. Obstetrical hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno JK, Bloom MD, Hauth JC, Gilstrap III LC, Westrom KD., editores. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill, 2014.p793-799.
5. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. J Ultrasound Med 2002; 21:837.
6. Guidelines Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum Haemorrhage. Green Top Guidelines. 1st. Ed. November, 2011.
7. Kasai M, Aoki S, Ogawa M, et al. Prediction of perinatal outcomes based on primary symptoms in women with placental abruption. J Obstet Gynaecol Res 2015; 41:850.
8. Kumar M, Puri M, Yadav R, et al. Stillbirths and the COVID-19 pandemic: Looking beyond SARS-CoV-2 infection. Int J Gynaecol Obstet 2021; 153:76.
9. Montenegro CAM, Rezende Filho J. Descolamento prematuro da placenta. In: Montenegro CAM, Rezende Filho J., Editores. Rezende Obstetrícia. 13a. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.p.
10. Nkwabong E, Tiomela Goula G. Placenta abruption surface and perinatal outcome. J Matern

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UOBT.014
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA		Emissão: 02/04/2025
			Versão: 6
		Próxima revisão: 02/04/2027	

Fetal Neonatal Med 2017; 30:1456.

11. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption: Management. Uptodate, 2017.
12. Shinde GR, Vaswani BP, Patange RP, et al. Diagnostic Performance of Ultrasonography for Detection of Abruption and Its Clinical Correlation and Maternal and Fetal Outcome. J Clin Diagn Res 2016; 10:QC04.
13. Wang L, Matsunaga S, Mikami Y, et al. Pre-delivery fibrinogen predicts adverse maternal or neonatal outcomes in patients with placental abruption. J Obstet Gynaecol Res 2016; 42:796.
14. Zugaib M, Francisco RPV. Descolamento prematuro de placenta. In: Zugaib M, Francisco RPV., editores. Zugaib Obstetrícia. 3a. edição. São Paulo: Manole, 2017.p. 713-724

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
5	12/01/2023	Alteração completa.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UOBT.014	
Título do Documento	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	Emissão: 02/04/2025	Próxima revisão: 02/04/2027
		Versão: 6	

10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Jordana Parente Paiva Francisco Herlânio Costa Carvalho Igor Studart de Lucena Feitosa Eugenia Carla Sousa Batista	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.002035/2025-27, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br