



## **DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA, UMA REVISÃO LITERÁRIA DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO.**

CECÍLIA SANGLARD, GUSTAVO HENRIQUE DE MELO DA SILVA, MARCELI SCHWENCK ALVES SILVA

### **RESUMO**

**Introdução:** O descolamento prematuro de placenta (DPP) é o sangramento uterino oriundo da separação prematura da placenta eutópica após 20 semanas de gestação, sendo importante causa de sangramento vaginal na segunda metade da gestação.

**Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo descrever os principais fatores de risco do descolamento prematuro de placenta (DPP) que levam a hemorragia gravídica no segundo trimestre da gravidez e/ou ao natimorto e o manejo correto dos mesmos.

**Método:** Trata- se de estudo de revisão de literatura em base de dados. **Considerações finais:** O descolamento prematuro de placenta (DPP) constitui um grave problema hemorrágico, que ocorre partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação, caracterizando uma complicação obstétrica com altos índices de mortalidade perinatal. Embora sua etiologia não esteja totalmente esclarecida, a hipertensão arterial ocorre em 75% dos casos. A intervenção rápida e precisa pode ser fundamental para um bom prognóstico sendo necessário conhecimento e preparo profissional.

**Descritores:** *descolamento prematuro da placenta, complicações na gravidez, trabalho de parto prematuro, gravidez, hemorragia uterina.*

### **INTRODUÇÃO**

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é o sangramento uterino oriundo da separação prematura da placenta eutópica após 20 semanas de gestação, sendo importante causa de sangramento vaginal na segunda metade da gestação. (Bibi S, Ghaffar S, Pir MA, Yousfani S, 2009).

O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é conceituado como a separação antecipada, intempestiva de parte ou totalidade da placenta implantada no corpo do útero, que deveria permanecer inserida até o nascimento do conceito. Fato este que ocorre a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação. Seu diagnóstico é eminentemente clínico e os sinais e sintomas clássicos são descritos como hemorragia interna ou externa, de intensidade variada. De 10% a 20% dos casos ocorre o DPP oculto, assintomático, que pode promover complicações graves como choque hipovolêmico, e óbito materno fetal, aqui a hemorragia fica retida entre o útero e a parte descolada, quando a hemorragia é externa o sangramento ocorre entre a membrana e o útero e é eliminada pelo colo.(CARMANO, 2016).

O DPP é uma complicação obstétrica que ocorre em uma taxa de incidência de 1% dos partos. Desse total, 10% dos casos serão graves, levando à morte fetal, e outros 40% ocorrerão após a 37<sup>a</sup> semana, sendo a interrupção da gestação a conduta de escolha..(PEREIRA et al, 2010).

O diagnóstico é basicamente clínico, inicia com dor abruta, intensa e contínua localizada geralmente no fundo do útero, podendo irradiar para todo abdome seguida de perda sanguínea com intensidade variada, coloração avermelhada em 80% dos casos, sinal de Hastings de Mello e Ivan Figueiredo, espasmos e hipertonia uterina, foco fetal inaudível ou ausente, o que não é um bom prognóstico para o feto e tensão na membrana amniótica.(ELEUTÉRIO, DK, 2009)

Presença de choque hipovolêmico, pode ser incompatível com a perda de sangue apresentada. A fisiopatologia, parece que o vasoespasma agudo de pequenos vasos pode ser o evento que precede imediatamente a separação da placenta. Pode haver trombose dos vasos deciduais associada com necrose decidual e hemorragia venosa.(SOUZA E, CARMANO L, 2008)

O sangramento decorre de uma lesão primária, vascular, acometendo as arteríolas espiraladas da decídua com a formação de processos ateromatosos agudos, acúmulo de macrófagos, degeneração fibrinóide da túnica íntima, concorrendo para a rotura ou oclusão dos vasos. Há, portanto, condições para sufusão de sangue na decídua basal formando área hemorrágica dentro da própria placenta. Essa hemorragia pode tornar-se mais profusa, culminando com o descolamento prematuro da placenta. O sangue

pode ficar retido atrás da placenta, cujas bordas permanecem aderidas à parede uterina. A placenta também pode se apresentar completamente destacada, mas mantendo as membranas acoladas ao útero. O sangue coletado ainda pode romper as membranas e penetrar na câmara amniótica (hemoamnio), ou ainda descolar as membranas e se exteriorizar pela vagina. À exceção desta última, a hemorragia é dita oculta ou interna (SOUZA E, CARMANO, 2008).

A hipertonia surge como mecanismo reflexo. Há colapso das veias, com acentuada diminuição do fluxo, porém o arterial, de maior pressão, pouco se altera. Há aumento da pressão intrauterina, estase sanguínea e rotura dos vasos útero-placentários, causando aumento e agravamento da área de descolamento (ELEUTÉRIO DK et al, 2009)

No entanto, parece que, na maioria dos casos, o DPP pode ser a consequência de um processo de longa data que, provavelmente, remonta ao primeiro trimestre da gestação.. (ALVES, 2016).

Traz como dano ao conceito, hipóxia e mortalidade perinatal, cerca de 25%. A hipóxia fetal ocorre quando a placenta se separa de seu leito, seja em decorrência da presença de coágulo entre o leito placentário e as vilosidades coriônicas, seja pela liberação de prostaglandinas que causam espasmo uterino e interferem na perfusão da placenta que permanece aderida ao útero. O prognóstico dos conceptos sobreviventes torna-se preservado, principalmente pela prematuridade e anoxia, com frequentes lesões sequelares. (CARMOANO, 2008).

Como dano materno, o risco imediato é o choque hipovolêmico, podendo haver lesões em múltiplos órgãos, como necrose e coagulopatias, também com alto índice de mortalidade, dependendo da severidade do grau do descolamento. (NUNES, 2016)

O diagnóstico e a atuação oportuna perante a gestante com hipótese de DPP melhoram o prognóstico materno e fetal. As manifestações clínicas podem ser: aguda ou crônica; clinicamente escondida ou evidente; leve ou grave. O diagnóstico é basicamente clínico, inicia com dor abruta, intensa e contínua localizada geralmente no fundo do útero, podendo irradiar para todo abdome seguida de perda sanguínea com intensidade variada, coloração avermelhada em 80% dos casos, sinal de Hastings de Mello e Ivan Figueiredo, espasmos e hipertonia uterina, foco fetal inaudível, o que não é um bom prognóstico para o feto e tensão na membrana

amniótica. Presença de choque hipovolêmico, pode ser incompatível com a perda de sangue apresentada. (CARMANO, 2008).

O DPP tem como diagnóstico diferencial, inserção baixa da placenta, gestação ectópica avançada, ruptura uterina ou outras situações clínicas como apendicite, torção de cisto ovariano. O diagnóstico de DPP, pode ser auxiliado pela Ultrassonografia, que evidenciará imagem heterogênea retroplacentária, irregular e com áreas líquidas em 25% dos casos. (PEREIRA, 2010)

O DPP é considerado um fator de risco independente para morte perinatal. Outros resultados perinatais adversos decorrentes dessa complicação obstétrica são: prematuridade, baixo peso ao nascer, Apgar de primeiro e quinto minutos abaixo de sete, sofrimento fetal, restrição de crescimento e pH da artéria umbilical inferior a 7,1 pois interrompe o fluxo de nutrientes e oxigênio para o feto.

Aproximadamente metade das mortes fetais decorrentes do DPP ocorrem intra-útero, o que faz desse transtorno um importante risco para neomortalidade e está intimamente associado à prematuridade: mulheres com DPP têm um risco de 4 a 6 vezes maior de parto prematuro, condição que ocorre em mais da metade dos casos e parece estar relacionada a condições inflamatórias agudas ou crônicas que levam ao descolamento precoce (NUNES DR, et al 2016)

Além de o DPP ser uma importante causa de morbidade e mortalidade perinatal, até o momento, não existem métodos de previsão de sua ocorrência. Este estudo tem importância em contribuir com dados estatísticos, hoje pouco conhecidos em nosso meio (NUNES DR et al, 2016).

Quanto ao tratamento podemos dividi-lo em tratamento imediato (protocolo), tratamento profilático e tratamento curativo (clínico e obstétrico). (SOUZA E, CARMANO, 2008)

É importante lembrar que quando há um descolamento parcial da placenta, o descolamento total pode ocorrer de repente e sem aviso prévio. Assim, o feto deve ser continuamente monitorado e a preparação para um eventual parto cirúrgico de urgência é necessária (ELEUTÉRIO DK et al, 2009).

Diante disto, a pergunta que norteia este estudo é qual os fatores de risco para o acometimento do DPP e qual a abordagem adequada a cada fator de risco afim de prevenir esta complicação gravídica. Durante nossa prática clínica é possível observar a importância da assistência efetiva durante o pré-natal, de modo que as pacientes sejam avaliadas de acordo com suas especificidades e riscos aos quais estão

expostas quer por comportamentos pessoais ou meio em que vivem. Esta realidade se reflete também no deslocamento prematuro de placenta onde através do conhecimento dos principais fatores de risco é possível intervir junto a paciente no intuito de minimizar os riscos ou excluí-los através do conhecimento de como atuar de acordo com os fatores de risco, seja na intervenção clínica ou mesmo educação em saúde.

O conhecimento dos principais fatores de risco do DPP de forma organizada e detalhada e seu manejo permitirá a toda a equipe de saúde atuar com intervenção precoce minimizando os casos desta patologia e toda a repercussão que a mesma tráz de malefícios a sociedade.

#### OBJETIVO:

Descrever os principais fatores de risco para o desenvolvimento do deslocamento prematuro de placenta (DPP) que levam a hemorragia gravídica no segundo trimestre da gravidez e/ou ao natimorto.

#### MÉTODO:

Trata- se de estudo de revisão de literatura em base de dados. As bases de dados serão utilizadas usando as seguintes palavras-chave de assunto: "deslocamento prematuro da placenta, complicações na gravidez, trabalho de parto prematuro, gravidez, hemorragia uterina e natimorto" para construção do referencial teórico.

O recorte histórico utilizado serão os últimos doze anos, portanto de março de 2006 a março de 2018.

As publicações serão incluídas em nossa revisão se os seus títulos ou resumos estiverem disponíveis em inglês ou em português.

#### RESULTADOS E DISCUSSÕES:

#### FATORES DE RISCO DO DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Sua etiologia não é totalmente conhecida, pode ser dividida em traumática e não traumática. A primeira chamada de mecânica, pode ser interna ou externa, as internas podem ser ocasionadas por cordão umbilical curto, uso excessivo de oxitocina provocando uma hipertomia uterina, escoamento rápido de polidrâmio, retração uterina rápida após parto gemelar, entre outras. As causas externas são provocadas por acidentes ou traumas.(Camano e Souza, 2006).

O DPP por causas internas são os que constituem aspectos etiológicos relevantes que são os fatores predisponentes. (Camano e Souza, 2006). Neste estudo não listaremos as casas externas ou traumáticas, mas apenas os fatores predisponentes,

Tabela I: Fatores de Risco do Descolamento Prematuro de Placenta de acordo com artigo pesquisado

	<b>AUTORES/ANO</b>	<b>FATORES DE RISCO</b>
1	Eleutério D K, Santos JSS, Vieira LHR, Santos RLA, Januário TRA, Miranda VR, Silva VL, Martins WM, Mendonça M , 2009	Idade materna avançada multiparidade Doença hipertensiva Raça negra, Baixo nível sócio-econômico, Rotura prematura de membranas, Infecção intrauterina, DPP prévio, Tabagismo e Uso de cocaína.
2	Alves, CF, Strapasson, MR., 2016	Doença hipertensiva Baixo nível sócio-econômico Idade materna avançada, multiparidade, Passado obstétrico ruim História de DPP anterior Cesária prévia Restrição do crescimento intra uterino Corioamnionite Gemelaridade Diabetes melito Tempo prolongado de rotura das membranas Tabagismo Etilismo Uso de drogas ilícitas especialmente cocaína
3	Nunes RD; Bertuol E; Siqueira IR, 2016	Uso de álcool Drogas, Tabagismo Obesidade Parto cesáreo prévio, História anterior de dpp Multiparidade Gravidez múltipla Corioamnoinite Idade materna avançada

		Diabetes gestacional, anemia trombofilia
4	Souza E; Camano L, 2006	hipertensão arterial, condição socioeconômica, multiparidade, idade materna avançada, passado obstétrico ruim, DPP em gestação anterior, cesárea prévia, restrição do crescimento intra-uterino, corioamnionite gemelidade, diabetes melito, tempo prolongado de rotura de membranas, tabagismo, etilismo uso de drogas ilícitas, cocaína
5	Cardoso A S, Fernandes A V, Teixeira D C, Moreira F G A, Botelho F R, Faria L C, Romero M N, Andrade T S, Krettli W S C, 2012	hipertensão arterial materna multiparidade, oligoidrâmnio, rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), cesárea prévia, idade materna, DPP em gestação anterior, tabagismo, alcoolismo uso de cocaína
6	Pereira C M M, Medeiros D G M S , Silva S L , Oliveira S V S , Teixeira S V S ,	restrição do crescimento fetal grave, ruptura prematura de membranas prolongada, corioamnionite

	Maciel T B, Drummond V M D , Lopes W M , Silveira Wy C , Domon R J. 2010	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e HAC prévia à gestação gestação múltipla tabagismo materno, idade materna avançada, gestante solteira, feto masculino, uso materno de drogas ou substâncias de abuso, primiparidade, multiparidade, baixo nível educacional da grávida, diabetes gestacional, cesárea prévia, DPP em gestação prévia, trombofilia materna, aumento inexplicável da alfafetoproteína sérica materna, fatores genéticos
--	--	---

Tabela II: Fatores de Risco do Descolamento Prematuro de Placenta X Percentual

FATORES DE RISCO	PERCENTUAL
Idade Materna Avançada	100%
Gestante Solteira	16.66%
Feto Masculino	16.66%
Tabagismo Materno	100%
Etilismo	100%
Uso Materno De Drogas Ou Substâncias De Abuso	100%
Primiparidade	16.66%
Multiparidade	100%
Condição Socioeconômica	66.66%
Baixo Nível Educacional Da Grávida	16.66%
Diabetes Gestacional	66.66%
Cesárea Prévia	83.3%

DPP Em Gestação Prévia	100%
Trombofilia Materna	33.32%
Aumento Inexplicável Da Alfafetoproteína Sérica Materna	16.66%
Fatores Genéticos	16.66%
Restrição Do Crescimento Fetal	50%
Ruptura Prematura De Membranas Prolongada	83.3%
Corioamnionite	66.66%
Doença Hipertensiva Específica Da Gravidez	100%
Gestação Múltipla	66.66%
Uso De Cocaína	66.66%
Oligoidrâmnio	16.66%
Obesidade	16.66%
Anemia	16.66%
Raça Negra	16.66%
Infecção Intrauterina	16.66%

Através dos dados tabelados pode - se analisar os principais fatores associados ao DPP além da freqüência com que são citados nos artigos selecionados. Muitos dos fatores estão associados a comportamentos maternos e devem ser alvo do cuidado preventivo da equipe de saúde, como é o caso do tabagismo, etilismo, uso de drogas e outros.

Há fatores que devem ser avaliados com especial atenção durante a consulta de pré-natal, como a hipertensão arterial na gestante que é citada em todos os estudos usados. Há evidências consideráveis sugerindo que os estados hipertensivos da gestação constituem o principal fator etiopatogênico envolvido no DPP. (Mesquita et al,2003)

É de fundamental importância o conhecimento dos fatores predisponentes ao DPP à medida que estes alertam o profissional para o diagnóstico, proporcionando atuação oportuna, o que irá favorecer o prognóstico materno e fetal. (Cardoso et al, 2012).

Consideramos que o conhecimento e análise dos fatores de risco associados ao DPP é essencial para nortear a conduta do profissional que faz o acompanhamento das consultas de pré-natal afim de prevenir complicações neste período de vulnerabilidade materno-fetal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O descolamento prematuro de placenta constitui um grave problema hemorrágico, que ocorre partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação, caracterizando uma complicaçāo obstétrica com altos índices de mortalidade perinatal. Embora sua etiologia não esteja totalmente esclarecida, a hipertensão arterial ocorre em 75% dos casos. A intervenção rápida e precisa pode ser fundamental para um bom prognóstico sendo necessário conhecimento e preparo profissional. Fica evidenciado mais uma vez a importância do atendimento qualificado no pré-natal feito por um profissional capacitado. O conhecimento dos fatores de risco das patologias que podem ocorrer no período perinatal nos permite intervir precocemente evitando uma série de complicações e morbimortalidades para o binômio mãe-filho. Se faz necessário o acompanhamento pré-natal adequado e correção dos fatores predisponentes.

## REFERÊNCIAS:

- Alves, CF, Strapasson, MR. Deslocamento prematuro da placenta: revisão integrativa da literatura. Porto Alegre, 2016. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Disponível em:  
<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5582/Camila%20Fáti ma%20Alves .pdf?sequence=1&isAll>
- Bibi S, Ghaffar S, Pir MA, Yousfani S. Risk factors and clinical outcome of placental abruption: a retrospective analysis. J Pak Med Assoc. 2009 Oct; 59(10):672-4.
- Cardoso A S, Fernandes A V, Teixeira D C, Moreira F G A, Botelho F R, Faria L C, Romero M N, Andrade T S, Krettli W S C, Descolamento prematuro de placenta. Rev Med Minas Gerais 2012; 22.
- Eleutério D K, Santos JSS, Vieira LHR, Santos RLA, Januário TRA, Miranda VR, Silva VL, Martins WM, Mendonça M. Deslocamento prematuro de placenta: relato decaso. Ver. Med Minas Gerais, 2009; 19. Disponível em:  
[file:///C:/Users/marce/Downloads/v19n4s3a13%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marce/Downloads/v19n4s3a13%20(1).pdf)
- Mesquita, Maria Rita de Souza et al . O leito placentário no descolamento prematuro da placenta. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 585-591, Sept. 2003 . Available from access on 29 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032003000800007>

Nunes R D, Bertuol E, Siqueira I R. Avaliação dos Fatores Associados aos Resultados Neonatais no Descolamento Prematuro de Placenta. Arq. Catarin Med. 2016 out-dez. Disponível m:<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/134/110>

Souza, E; Camano, L. Descolamento prematuro da placenta. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 133-135, June 2006. Access on 29 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000300008>

Pereira C M M, Medeiros D G M S, Silva S L, Oliveira S V S, Teixeira S V S, Maciel T B, Drummond V M D, Lopes W M, Silveira Wy C, Domon R J. Descolamento prematuro de placenta: considerações, investigação e manejo. Rev Med Minas Gerais 2010; 20