

Conduas no descolamento prematuro de placenta

Conducting the premature discharge of placenta

Conducta en el descolló prematuro de placenta

Recebido: 15/01/2022 | Revisado: 23/01/2022 | Aceito: 07/04/2022 | Publicado: 13/04/2022

Girlete Silva de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1002-5976>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: girletesilva@yahoo.com

Silvânia Pires de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2945-6450>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: piresoliveira@hotmail.com

Daniel Silva Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1997-7455>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: silvamoraesdaniel@gmail.com

Ana Paula de Oliveira Nascimento Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2144-3671>
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil
E-mail: anapaulanascimento@funorte.edu.br

Davidson Gonçalves Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3014-0923>
Faculdades Unidas do Norte de Minas, Brasil
E-mail: davidsonddsoares@gmail.com

Luana Oliveira Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8224-5292>
Faculdade Santo Agostinho, Brasil
E-mail: luannamartins9@hotmail.com

Neuriene Queiroz da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7447-9438>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: neurieny@gmail.com

Ana Maria Alencar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5573-1861>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: anamariaalencar@gmail.com

Jessica Fernanda Silva Peres

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2750-5132>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: jessykapere@hotmail.com

Marlete Scremin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1139-7501>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Brasil
E-mail: marlete@ifsc.edu.com

Sylmara Corrêa Monteiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4546-336X>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Brasil
E-mail: scmenfermagem9@gmail.com

Bruno de Pinho Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1515-8877>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: brunophelp@hotmail.com

Karla Talita Santos Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5636-1655>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: ktalitass@hotmail.com

Flabiane Carvalho Cordeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0078-4576>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: fcordeirocarvalho@hotmail.com

Thamires Dias de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8352-5982>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: tdias1408198@gmail.com

Resumo

Introdução: O descolamento prematuro da placenta é considerado como urgência obstétrica com elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. **Objetivo:** Analisar as práticas de assistência à gestante com descolamento prematuro da placenta. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, definiram-se como fonte de busca as bases de dados eletrônicas Lilacs, BDENF, Scielo e PUBMED que são consideradas como referências na produção científica na área da saúde. **Resultados:** A gestante com descolamento prematuro da placenta exige uma identificação rápida e efetiva do diagnóstico, o que ajuda no manuseio e na solução de prováveis adversidades. Dessa forma, o trabalho da equipe multidisciplinar é essencial na assistência a gestante para a conquista de melhores resultados materno e neonatal. **Conclusão:** As condutas para o descolamento prematuro de placenta abordam como aspectos fundamentais, dentre eles: a propedêutica clínica e obstétrica. O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.

Palavras-chave: Descolamento prematuro da placenta; Gravidez. Hemorragia; Mortalidade materna.

Abstract

Introduction: Premature placental detachment is considered obstetric urgency with high potential for maternal and fetal morbidity and mortality. **Objective:** To analyze the practices of care for pregnant women with premature placental detachment. **Methodology:** This is an integrative literature review study, the electronic databases Lilacs, BDENF, Scielo and PUBMED were defined as a search source, which are considered as references in scientific production in the health area. **Results:** Pregnant women with premature placental detachment require a rapid and effective identification of the diagnosis, which helps in the handling and solution of probable adversities. Thus, the work of the multidisciplinary team is essential in the care of pregnant women to achieve better maternal and neonatal results. **Conclusion:** The approaches for premature placental detachment address as fundamental aspects, among them: clinical and obstetric propaedeutics. Treatment will depend on the degree of detachment (Grade 1, 2 or 3) that is reflected in maternal hemodynamic status and fetal vitality.

Keywords: Premature placenta detachment; Pregnancy; Bleeding; Maternal mortality.

Resumen

Introducción: El desprendimiento prematuro de placenta se considera urgencia obstétrica con alto potencial de morbilidad y mortalidad materna y fetal. **Objetivo:** Analizar las prácticas de atención a embarazadas con desprendimiento prematuro de placenta. **Metodología:** Se trata de un estudio integrador de revisión de literatura, se definieron como fuente de búsqueda las bases de datos electrónicas Lilacs, BDENF, Scielo y PUBMED, las cuales son consideradas como referentes en la producción científica en el área de la salud. **Resultados:** Las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta requieren una identificación rápida y efectiva del diagnóstico, lo que ayuda en el manejo y solución de probables adversidades. Así, el trabajo del equipo multidisciplinario es fundamental en la atención de las gestantes para lograr mejores resultados maternos y neonatales. **Conclusión:** Los abordajes para el desprendimiento prematuro de placenta abordan como aspectos fundamentales, entre ellos: la propedéutica clínica y obstétrica. El tratamiento dependerá del grado de desprendimiento (Grado 1, 2 o 3) que se refleje en el estado hemodinámico materno y la vitalidad fetal.

Palabras clave: Desprendimiento prematuro de placenta; Embarazo; Sangrado; Mortalidad materna.

1. Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e natural, sua evolução se dá na maior parte das vezes sem quaisquer intercorrências, mas algumas gestações são consideradas de alto risco devido a complicações peculiares, desenvolvidas durante a gravidez. Essas complicações incluem condições hemorrágicas pré-natais, particularmente o aborto, a placenta prévia e o descolamento prematuro de placenta. A hemorragia pré-natal é uma situação que sempre ameaça as duas vidas, mãe e feto, e como é habitual o feto é o mais vulnerável (Zieguel & Cranley, 1985).

Cerca de 90% das gestações não apresentam complicações em toda sua evolução, sendo consideradas como gestações de baixo risco, contudo outras que se iniciam ou desenvolvem com probabilidade de um desfecho desfavorável, são classificadas como gestações de alto risco (Monteiro et. al., 2016).

As doenças que mais acometem as gestantes, na maioria das vezes, produzem manifestações que são clinicamente fáceis de serem identificadas no decorrer da gestação, porém usualmente os sinais e sintomas que aparecem no último trimestre da gestação encontram-se em estágio avançado, manifestando através de as alterações patológicas e gerando condições ameaçadoras, expondo assim as gestantes e o feto. A morte materna é um evento trágico evitável, e devido à falta de uma assistência

especializada em situações de urgência e emergência, a falta de acesso a cuidados de rotina adequados, constitui um indicador da inequidade existente entre os gêneros e está inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano (Brasil, 2012).

Dentre as doenças que podem acometer a gestante, destaca-se o Descolamento Prematuro da Placenta (DPP). O DPP constitui importante complicação obstétrica, relacionada à grande morbimortalidade materna e fetal. É necessário o conhecimento dessa condição, com enfoque especial na forma de se intervir sobre os fatores de risco e na adoção de condutas adequadas e individualizadas para se reduzirem as complicações sobre mãe e feto. Às urgências e emergências obstétricas são situações cuja resolução podem cursar com desfechos favoráveis e exigem uma resposta imediata por parte de toda a equipe de saúde (Brasil, 2012).

O Descolamento Prematuro da Placenta (DDP) constitui importante complicação obstétrica e é definido como a separação intempestiva da placenta implantada no corpo do útero antes do parto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Incide em 1% a 2% das gestações, especialmente entre 24 e 26 semanas. O DPP corresponde a 10% dos partos espontâneos e indicados, morte fetal e complicações dos recém-nascidos que sobrevivem no descolamento (Brasil, 2012; Nunes et al., 2016). Assim, o objetivo do estudo foi analisar as práticas de assistência à gestante com descolamento prematuro da placenta.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura tendo como fonte de busca online em periódicos na área com indexação nacional, por meio das bases de dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e PUBMED/*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

A revisão integrativa de literatura é uma metodologia que tem como objetivo resumir e englobar os achados alcançados em pesquisas acerca de um tema ou questão norteadora, de forma sistemática, ordenada e ampla. É dita como integrativa, pois fornece esclarecimentos mais organizados sobre um assunto ou problema, consistindo, assim, como uma forma de conhecimento abrangente. Desta maneira, o pesquisador pode montar uma revisão integrativa com diversos intuitos, o que pode direcionar para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise da metodologia dos estudos incluídos de um tópico individual (Ercole et al., 2014).

Na consulta definiu-se como fonte de dados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): descolamento prematuro da placenta, gravidez e mortalidade materna. Foram incluídos somente artigos científicos (original ou revisão) e completos com ano de publicação entre 2011-2021, em idioma português e que apresentassem informações sobre o tema proposto. Assim, excluíram-se os estudos com artigos incompletos e de abordagem qualitativa.

As buscas pelos artigos foram realizadas em dezembro de 2021. Os estudos encontrados foram escolhidos pela leitura do título e resumo, sendo que estes teriam que obedecer aos objetivos propostos na pesquisa na realidade do país. Após o levantamento da literatura disponível, foi realizado o levantamento dos artigos por meio de uma ficha elaborada pelos autores contendo o título, ano de publicação, autores, base de dados, nome do periódico e objetivos encontrados.

Para análise e síntese dos artigos selecionados foi construída uma tabela sinóptica, a qual abordou aspectos considerados como relevantes. Os estudos foram selecionados e lidos minuciosamente para compor esse estudo. Após sucessivas leituras dos textos, foi possível detectar os diversos enfoques na perspectiva do assunto tratado. A partir desta concordância, distintas abordagens temáticas foram encontradas de modo a relacionar os objetivos alcançados em um parâmetro de fácil entendimento para que houvesse uma melhor extração dos dados.

Os dados submetidos nesta pesquisa foram adequadamente referenciados, seguindo-se e considerando-se o rigor ético quanto ao domínio científico dos trabalhos que foram pesquisados, através da identificação dos autores e procedência dos estudos.

3. Resultados e Discussão

Por meio da leitura dos estudos e os critérios de inclusão foram selecionados para o corpus de análise, o total de onze artigos, sendo três do LILACS, quatro MEDLINE/PUBMED e quatro SCIELO. Os artigos foram publicados em periódicos variados, sete nacionais e quatro internacionais. Em relação ao ano de publicação, a maioria dos artigos é dos anos de 2013 (cinco) e 2017 (dois).

No que se refere ao delineamento metodológico, predominam revisão de literatura; um observacional analítico transversal; dois descritivos retrospectivos; um estudo documental; um relato de experiência; um caso controle; um estudo de coorte transversal retrospectivo e um estudo de coorte prospectivo. Quanto aos periódicos relacionados, identificou-se que o caderno de saúde pública apresentou o maior número de pesquisas pertinente à abordagem deste estudo, seguido por periódicos renomados nacionais e internacionais. O Quadro 1 apresenta as onze pesquisas escolhidas para este estudo.

Quadro 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa, conforme método, título do artigo, autores, periódico, ano e o objetivo.

Referência	Método	Título do artigo	Autores	Periódico, ano	Conduas no DPP
SCIELO	Revisão de Literatura	Descolamento prematuro de placenta	Cardoso AS, Fernandes AV, Teixeira DC et al.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.	O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal.
LILACS	Revisão de Literatura	Intervenções obstétricas no parto pré-termo: revisão da literatura e atualização terapêutica	Corrêa Júnior; Patrício; Félix.	Rev Med Minas Gerais 2013.	A corticoterapia é recomendada diante da ruptura prematura de membranas, antes de 32 semanas de idade gestacional, para reduzir o risco de desconforto respiratório agudo e morbimortalidade perinatal.
SCIELO	Documental	Mortalidade materna por hemorragia no Brasil	Souza; <i>et al.</i>	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013.	O aumento da disponibilidade de transfusão de sangue e alternativas para transfusão como transfusão autóloga, antes e durante a cirurgia ou parto, também pode ajudar a diminuir o número de mortalidade materna.
SCIELO	Descritivo Retrospectivo	Incidência do <i>near miss</i> materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil.	<i>Dias; et al.</i>	Cad. Saúde Pública 2014.	Realizada a estimativa da incidência de <i>near miss</i> materno no parto e pós-parto hospitalar segundo características maternas, e descrever a ocorrência do <i>near miss</i> materno segundo motivo e setor de internação hospitalar e desfechos perinatais, como descolamento de placenta.
LILACS	Epidemiológico observacional analítico de delineamento transversal.	Avaliação dos fatores associados aos resultados neonatais no descolamento prematuro de placenta.	Nunes; Bertuol; Siqueira	Arq. Catarin Med. 2016.	Foi possível identificar os fatores maternos associados a resultados neonatais desfavoráveis. Esses achados foram importantes para o estabelecimento de grupos de risco e definição de medidas de prevenção a partir da educação em saúde, a fim de se evitar consequências potencialmente graves para o binômio materno fetal.
LILACS	Revisão literatura	Produção científica acerca do descolamento prematuro da placenta.	Rocha; <i>et al.</i> ,	J Nurs Health. 2017.	O cuidado de enfermagem à gestante com DPP, a avaliação deve ser minucioso, pois exige uma avaliação meticulosa das condições materno-fetais. As informações do tratamento e suas causas devem ser concedidas

PUBMED	Coorte Retrospectivo	Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications.	Ananth; <i>et al.</i> ,	Am J Obstet Gynecol. 2015.	para a mulher e para sua família e o apoio emocional também é excepcionalmente importante pela possibilidade de perda do feto e pela patologia crítica da mãe.
PUBMED	Coorte Prospectivo	Patterns of placental pathology in preterm premature rupture of membranes.	Armstrong, W J, <i>et al.</i> ,	J Dev Orig Health D. 2013.	Em relação à via de parto, as pesquisas não apresentam uma concordância, porém a cesariana é o mecanismo mais realizado nos casos de DPP, por se referir a uma emergência obstétrica de alto risco tanto para a mãe quanto para o filho. Aponta que o tratamento inclui a propedêutica clínica e obstétrica, e que para tanto, é fundamental o controle do estado volêmico, geralmente através de transfusões de concentrado de glóbulos, que são ricos em fatores de coagulação e de acompanhamento com hematologista.
PUBMED	Controle	The placental factor in spontaneous preterm labor with and without premature rupture of membranes.	Kovo M <i>et al.</i> ,	J Perinat Med. 2011.	O tratamento obstétrico é determinado conforme a vitalidade e a possibilidade da mãe/filho obterem a melhor resposta.
PUBMED	Relato de experiência	Treatment of preterm premature rupture of membranes with oligo-/anhydramnion colonized by multiresistant bacteria with continuous amnioinfusion and antibiotic administrations through a subcutaneously implanted intrauterine port system: a case report.	Tchirikov M, Zhumadilov Z, Winarno A S, Haase R, Buchmann, J.	Fetal Diagn Ther. 2017.	No caso de feto vivo, porém com sinais de sofrimento a conduta é induzir o parto através de uma cesariana. Se o bebê está sob risco de morte por falta de oxigenação, a única solução é retirá-lo o mais rapidamente possível do útero, não importa a idade gestacional. Se a gravidez tiver menos de 34 semanas, o bebê invariavelmente irá precisar ficar em uma UTI neonatal nos primeiros dias de vida.
SCIELO	Descritivo retrospectivo	Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil.	Martins; Souza e Salazer.	Rev. esc. enferm. 2013	Necessidade de adoção de protocolos que integrem a observação clínica e social, de modo que seja ofertada às mulheres assistência no tempo devido. Aborda ainda a necessidade de sensibilizar os profissionais para desenvolver a cultura da inovação para incorporar na prática assistencial, como protocolos integrados, para que haja a diminuição da mortalidade materna por hemorragia, sendo o DPP a principal complicação.

Fonte: Autores.

A redução da mortalidade materna é um dos principais objetivos de Desenvolvimento do Milênio; e a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado que todos os partos sejam preferivelmente acompanhados por profissional da saúde capacitado, de forma que as intervenções sejam efetivas e possam ser implementadas a fim de evitar e poder manejar quaisquer complicações que possam surgir durante o parto (Dias et al., 2014).

A mortalidade em mulheres entre idade fértil relacionadas à gestação, parto e puerpério podem ser em sua grande maioria evitada. Além disso, o nível de mortalidade materna é um indicador consistente sobre a saúde da mulher, assim sendo

faz-se necessário conhecer os dados disponíveis para melhor analisar as causas, do óbito, com vistas a permitir uma melhor avaliação e apontar sugestões para a redução dos óbitos maternos (Feitosa et. al., 2016). Dentre as causas de mortes maternas, a maior parte corresponde a hemorragias do parto, e em segundo lugar as complicações como as infecções puerperais e DHEG, que ocupam um espaço significativo como causas de óbito (Feitosa et. al., 2016).

As principais causas de morte materna continuam sendo hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (Herculano et. al., 2012). A morte provocada por hemorragia é preocupante e constitui um problema de saúde pública importante mediante a magnitude que isso apresenta e por causa da fragilidade a que as mulheres estão sujeitas e as implicações para gerações futuras. Manejos simples, como medidas efetivas no período de pós-parto imediato, diagnóstico prematuro e melhor assistência prestada aos clientes com descolamento prematuro de placenta podem reduzir as causas e consequências desse tipo mortalidade nos serviços hospitalares (Souza et. al., 2013).

O descolamento prematuro da placenta permanece como importante causa de mortalidade materna e perinatal. A mortalidade perinatal é determinada pela sua gravidade e pela idade gestacional quando o DPP ocorre. Infelizmente, a prevenção adequada, assim como a previsão da ocorrência de DPP, são ainda limitadas. O diagnóstico do DPP, apesar dos avanços em tecnologia médica, é, na maior parte das vezes, clínico. Assim que o DPP acontece, existem algumas medidas que melhoram o seu prognóstico, o que inclui diagnóstico precoce e parto imediato, conduta conservadora para permitir a administração de corticoides e a transferência da gestante para maternidade com suporte para prematuros. Finalmente, atenção aos casos de necessidade materna de hemotransfusão, o que melhora o seu prognóstico (Brasil, 2012).

O DPP não traumático em 50% dos casos é relacionado a hipertensão arterial, e tanto a pré-eclâmpsia quanto a hipertensão arterial crônica concernem fatores de risco relevantes. A ausência de hipertensão na admissão da gestante ao serviço de saúde não exclui a causa hipertensiva, pois a mulher pode estar em choque. Por outro lado, para o DPP relacionado ao trauma, o acidente automobilístico se revela como maior causa, podendo ocorrer por um trauma direto no abdômen ou por uma desaceleração (Brasil, 2012).

As causas do DPP ainda não são conhecidas, porém pode ser considerada como traumática (mecânica), nos casos de acidentes e não traumática, além de interna, como cordão umbilical curto, ou movimentos fetais aumentados, hipertonía do útero e situações inflamatórias (Rocha et. al., 2017; Ananth et al., 2016; Armstrong et. al., 2013; Tchirikov et. al., 2017).

Em um inquérito que investigou a natureza das placentas, identificou-se que as placentas de nascimento prematuro mostraram lesões vasculares de princípio materno, além do processo inflamatório conhecido. A ruptura prematura da membrana esteve associada a uma taxa aumentada de lesões inflamatórias em comparação às membranas íntegras naturais (Kovo et. al., 2011)

Nessa mesma vertente as pesquisas pontuam que as causas clínicas da placenta dependem de diversas situações, tais como o surgimento da hemorragia, que pode ser tanto interna quanto externa, leve ou grave, aguda ou crônica. O descolamento agudo atribui a hemorragia vaginal, dor e contrações uterinas, que são, na maioria das vezes, de alta frequência e de pequena amplitude. Em contrapartida, o deslocamento crônico é provocado por hemorragia venosa de baixa pressão, relacionada, geralmente, à necrose inflamatória da placenta (Corrêa et al., 2004; Rocha et. al. 2013).

O tratamento inclui a propedêutica clínica e obstétrica, e para tanto, é fundamental o controle do estado volêmico, geralmente através de transfusões de concentrado de glóbulos, que são ricos em fatores de coagulação e de acompanhamento com hematologista. O tratamento obstétrico é determinado conforme a vitalidade e a possibilidade da mãe/filho obterem a melhor resposta (Corrêa Junior et al., 2013; Armstrong et. al., 2013; Kovo et. al., 2011).

No que diz respeito à terapêutica em caso de diagnóstico de DPP pontua-se que devem ser administrados agentes tocolíticos, cujo principal objetivo é parar o padrão de contrações uterinas, com a possibilidade de se induzir a maturação fetal ou transferir a parturiente para uma instituição de referência, o que pode contribuir para a diminuição da morbidade e da

mortalidade perinatal e materna. A decisão sobre a mais adequada via de parto deve relacionar a análise de condições como a idade gestacional, o peso aproximado do feto, a apresentação fetal, a integridade das membranas amnióticas e a possibilidade de se monitorar adequadamente as condições maternas e a saúde fetal (Corrêa Júnior et al., 2013).

Em relação à via de parto, as pesquisas não apresentam uma concordância, porém a cesariana é o mecanismo mais realizado nesses casos, por se referir a uma emergência obstétrica de alto risco tanto para a mãe quanto para o filho (Corrêa Júnior et al., 2013; Ananth et al., 2016).

Entende-se que a grávida com DPP exige uma identificação rápida e efetiva do diagnóstico, o que ajuda no manuseio e na solução de prováveis adversidades. Dessa forma, o trabalho da equipe multidisciplinar é essencial na assistência da parturiente para a conquista de melhores resultados materno e neonatal, sendo uma abordagem segura.

A terapêutica deve ser individualizada, baseando-se na extensão do descolamento e nas condições materna e fetal. Em casos de DPP grave, com morte fetal, qualquer que seja a idade da gravidez e se não houver contraindicação, o parto vaginal é o indicado. No descolamento prematuro de placenta em gravidez a termo ou próximo a 34 semanas, com feto vivo, está indicada a interrupção da gravidez via cesariana. Em gestações pré-termo, menor que 34 semanas, estado materno e fetal não comprometido, pode-se recomendar a conduta conservadora. Entre 24 e 34 semanas de gestação prescreve-se o corticoide para amadurecer o pulmão fetal, por vezes associado à tocolíticos. Pode ser necessária também hospitalização prolongada com monitorização materna e fetal, e ultrassonografia para avaliar a evolução do hematoma. A alta da paciente será cogitada, estando o feto em boas condições de vitalidade (Rezende & Montenegro, 2013).

O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que aparece no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal. No grau 1, o diagnóstico geralmente é feito no pós-parto, portanto, sem repercussões maternas ou fetais. No grau 2, o parto natural é possível se iminente, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno. A amniotomia deve ser realizada assim que possível, pois irá diminuir a pressão intrauterina com o escoamento do líquido amniótico, diminuindo tanto o sangramento do leito placentário quanto a passagem para a circulação materna de tromboplastina. Deve ser monitorado o estado hemodinâmico da gestante com manutenção adequada de reposição volêmica e de sangue e derivados, se necessário. O débito urinário deve ser monitorado e mantido em 30ml/hora e o hematócrito acompanhado e mantido acima de 30%. Se a evolução do trabalho de parto não for rápida e favorável, se houver instabilidade materna ou sofrimento fetal, a cesárea deve ser realizada imediatamente. Em caso do feto morto, Grau 3, o parto vaginal é aconselhável. Deve-se adotar os mesmos cuidados de monitorização materna do ponto de vista hemodinâmico e do estado de coagulação, constante monitoração. Antes de realizar a cesárea, onde houver possibilidade, deve ser feita transfusão de concentrado de glóbulos, reposição de plaquetas e plasma fresco congelado (Cardoso et al., 2013).

Por isso, torna-se importante que, na admissão e na observação da gestante com suspeita ou com diagnóstico de DPP, sejam aferidos os sinais vitais com medidas iniciais das manobras de ressuscitação e, caso necessário, sejam checadas as vias aéreas (se estão pérvias), a respiração e a circulação e providenciem-se dois acessos venosos calibrosos. Realizam-se também a palpação uterina, observando a apresentação fetal e o tônus, as medidas da altura uterina e a ausculta de batimentos cardíacos fetais, com preferência para a monitorização fetal contínua (Brasil, 2012).

Dessa maneira, reitera-se que é essencial a prática do pré-natal para identificação de possíveis riscos, além de possuir um suporte nutricional à parturiente, tratamento de doenças e acompanhamento do esquema vacinal materno, bem como uma melhor intervenção no que diz respeito aos aspectos clínicos das clientes, com intuito de diminuir o risco materno e do neonato (Souza et al., 2015).

O acompanhamento do pré-natal até o momento do parto e a escolha do local de referência para as gestantes de alto risco devem fazer parte da atenção à saúde, e poderá diminuir o número de mortes relacionadas à gestação e ao parto. Além da

função determinante da assistência de saúde, as causas socioeconômicas também provocam uma importante associação nos casos de mortalidade do neonato e materno (Dias *et. al.*, 2015).

Dessa maneira, a equipe multiprofissional desempenha um papel fundamental no cuidado à gestante de alto risco, quer seja nos centros de saúde ou no domicílio, pelo acompanhamento no pré-natal, ou em nível hospitalar. Portanto é essencial que o profissional de saúde se empenhe na implementação de cuidados integrais e no tratamento efetivo à gestante de risco.

4. Conclusão

As condutas para o DPP abordam como aspectos fundamentais, dentre eles: a propedêutica clínica e obstétrica, e para tanto, é fundamental o controle do estado volêmico, geralmente através de transfusões de concentrado de glóbulos, que são ricos em fatores de coagulação e de acompanhamento com hematologista. O tratamento obstétrico é determinado conforme a vitalidade e a possibilidade da mãe/filho obterem a melhor resposta.

A hospitalização, monitoração dos dados vitais e, se necessário, a reposição volêmica, por intermédio de infusão de cristalóides e hemotransfusão, na maioria das vezes, são necessários. O sangue deve ser coletado para tipagem, realização de hemograma e de coagulograma. A presença de coagulopatia deve ser corrigida pela transfusão de plasma fresco congelado. O esvaziamento da cavidade uterina deve ser feito rapidamente, visando prevenção de perda sanguínea maciça, de coagulopatia e a proteção do feto, em geral, em sofrimento agudo. O parto deve ser feito da forma mais rápida possível. É indicada a amniotomia para diminuir a hipertonia uterina e viabilizar a interrupção imediata da gravidez por cesariana.

O tratamento dependerá do grau do descolamento (Grau 1, 2 ou 3) que se reflete no estado hemodinâmico materno e da vitalidade fetal. No grau 1, o diagnóstico geralmente é feito no pós-parto, portanto, não houve repercussões maternas ou fetais. No grau 2, o parto vaginal é possível se iminente, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja comprometimento hemodinâmico materno. Em caso do feto morto, Grau 3, o parto vaginal é aconselhável. Devem-se adotar os mesmos cuidados de monitorização materna do ponto de vista hemodinâmico e do estado de coagulação, constante monitoração. Antes de realizar a cesárea, quando houver possibilidade, deve ser feita transfusão de concentrado de glóbulos, reposição de plaquetas e plasma fresco congelado.

Portanto, este estudo pode favorecer favorecem a determinação de condutas e de meios para a implantação de ações em saúde direcionadas às verdadeiras necessidades da gestante.

Nesse sentido, o crescimento do acesso aos serviços de saúde e o empenho efetivo dos profissionais médicos e enfermeiros envolvidos com a assistência à mãe e o bebê durante o pré-natal, o parto e também no puerpério é fundamental, principalmente, no caso de DPP. Assim, sugere-se a realização de novos estudos com abordagens metodológicas distintas afim de possibilitar as melhores práticas no cuidado a gestante com DPP.

Referências

- Ajeje, R. (2016). Hemorragias da segunda metade da gestação. In: SOGIMIG. Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos. 3ª ed. Belo Horizonte: Medsi, 2003.
- Ananth, C. V., Lavery, J. A., Vantzileos, A. M., Skupski, D. W., Vaner, M., & *et al.* (2016). Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol*, 214(2), 222-225.
- Armstrong, W. J., Post, M. D., Donnelly, M., Manco-Johnson, M. J., Fisher, B. M., & *et al.* (2011). Patterns of placental pathology in preterm premature rupture of membranes. *J Dev Orig Health Dis*, 4(3), 249-55.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (5a ed.), *Editada do Ministério da Saúde*.
- Cardoso, A. S., Fagundes, A. V., Teixeira, D. C., Moreira, F. G. A., Botelho, F. R., & *et al.* (2012). Descolamento prematuro de placenta. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(3).

- Corrêa, M. D., Melo, V. H., & Aguiar, R. (2004). Noções práticas de obstetrícia. (13a ed.), *Coopmed*.
- Corrêa-Júnior, D. M., Patrício, E. C., & Féliz, L. R. (2013). Intervenções obstétricas no parto pré-termo: revisão da literatura e atualização terapêutica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(3).
- Dias, J. A. (2015). Estudo da mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais (Master's thesis, UFVJM) 2016. Dissertação [Mestrado em Ensino em Saúde] - *Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri*.
- Dias, J. M. G., Oliveira, A. P. S., Cipolotti, R., Monteiro, B. K. S. M., & Pereira, R. O. (2015). Mortalidade materna. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2(9), 173-179.
- Dias, M. B. A. Domingues, R. M. S. M., Schilithz, A. O. C., Nakamura-Pereira, M., Diniz, C. S. G., & et al. (2014). Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa nascer no Brasil. *Cad. Saúde pública*, 30(1).
- Ercole, F. F., Melo, L. S., Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1).
- Feitosa, N. L. S., Almeida, A. F. V., Sousa, F. C. A., Rodrigues, A. C. E., Costa, A. C. M. (2016). Perfil da morte materna no município de Caxias - MA. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, 2(1), 161-165.
- Herculano, M. M. S., Veloso, L. V., Teles, L. M. R., Oriá, M. O. B., Almeida, P. C., & et al. (2012). Damasceno, A. K. C. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 295-301.
- Kovo, M., Schreiber, L., Ben-Haroush, A., Asalee, L., Seadia, S., & et al. (2011). The placental factor in spontaneous preterm labor with and without premature rupture of membranes. *J Perinat Med*, 39(4), 423-429.
- Lopes, L. C. (2014). Trauma durante a gestação: revisão. *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(11), 65-67.
- Martins, H. E. L., Souza, M. L., & Arzuaga-Salazar, M. A. (2013). Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 025-1030.
- Monteiro, M. M., Sá, G. G. M., Oliveira-Neto, J. G., Lopes, K. D. C. L., Carvalho, D. A., Carvalho, M. C. M. & et al. (2016). *Emergências Obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência*. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 136-144.
- Nunes, D. R., Bertuol, E., & Siqueira, R. I. (2016). Avaliação dos fatores associados aos resultados neonatais no descolamento prematuro de placenta. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 45(4), 11-27.
- Rezende, J., & Montenegro, C. A. B. (2013). *Obstetrícia Fundamental*. (12a ed.), *Guanabara Koogan*.
- Rocha, B. D., Menezes, F. L., Zamberlan, C., Gomes, I. E. M., & Berdignon, J. S. (2017). Produção científica acerca do descolamento prematuro da placenta. *J Nurs Health*, 7(2), 188-98.
- Sass, N., Oliveira, L. G. (2013). *Obstetrícia*. *Guanabara Koogan*.
- Souza, A. C., Souza, T. H., Gonçalves, & A. K. (2015). Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(11).
- Souza, M. L., Laurenti, R., Knobel, R., Monticelli, R., Bruggermann, O. M., & et al. (2013). Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Tchirikov, M., Zhumadiloy, Z., Winarno, A. S., Haase, R., & Buchmann, J. (2017). *Treatment of preterm premature rupture of membranes with oligo-/anhydramnion colonized by multiresistant bacteria with continuous amnioinfusion and antibiotic administrations through a subcutaneously implanted intrauterine port system: a case report*. *Fetal Diagn Ther*, 42, 71-76.
- Zieguel, E.E., & Cranley, S. M. (1985). *Enfermagem Obstétrica*, (8a ed.), Editora: *Guanabara*.