

**ABORDAGEM DA VIA DE PARTO NO DESCOLAMENTO PREMATURO DE
PLACENTA**

**MANAGEMENT OF THE DELIVERY ROUTE IN PREMATURE PLACENTAL
ABRUPTION**

**MANEJO DE LA RUTA DEL PARTO EN EL DESPRENDIMIENTO
PLACENTARIO PREMATURO**



10.56238/sevened2026.016-002

Luiza Dias Baldoni

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS)

Clayseane Nunes Araújo

Graduanda

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

Amanda dos Santos Oliveira

Docente e Bacharel em Enfermagem

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Isabela Vitória Grasso

Graduanda

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Julia Marjorie Pires Costa

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

RESUMO

Introdução: O Descolamento Prematuro de Placenta, cuja sigla é DPP, é considerado uma emergência obstétrica. Isto porque ocorre a separação parcial ou total da placenta, órgão temporário que surge na gestação para nutrir e oxigenar o feto. Geralmente, a DPP ocorre após a 20ª semana de gravidez e pode ser ocasionada por múltiplos fatores: hipertensão arterial, trauma abdominal, uso de substâncias químicas, ruptura precoce da bolsa, entre outros. É uma das condições mais críticas na obstetria, pois está associada a elevados índices de óbitos perinatais. **Método:** A pesquisa constitui a revisão bibliográfica de natureza narrativa. A prospecção dos dados foi realizada na base de dados PubMed, empregando-se o descritor "Premature Placental Abruption", integrado conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). A seleção abrangeu estudos publicados entre 2021 e 2025, com disponibilidade de texto integral nos idiomas inglês ou português, que abordassem o manejo clínico e cirúrgico da DPP. **Resultados e Discussão:** Identificar precocemente os sinais e sintomas desse quadro é de extrema importância para escolher a via de parto. É necessário avaliar o estado de saúde do binômio mãe-bebê para intervir. Mas, geralmente a cesariana de emergência é o padrão-ouro devido a

rápida deterioração do estado clínico materno e fetal. É válido destacar, no entanto, que a decisão precisa ser tomada com muita cautela e segurança, pois apesar da cesariana elevar as chances de salvar vidas, também impõem riscos como qualquer procedimento cirúrgico: hemorragia, infecção e perfuração de órgãos. Quanto ao parto vaginal, este só indicado quando a gestação é de termo ou peritermo, não há sinais de complicação ou o descolamento está no início. Outra possibilidade é quando já ocorreu o óbito fetal devido uma DPP servera. Nestas situações, é realizada a indução do trabalho de parto. Conclusão: Se atentar precocemente aos fatores de risco permite que a gestante possa ser acompanhada mais de perto ou até realizar um pré-natal de alto risco. O exame de ultrassom é fundamental para identificar útero com formato anômalo, miomas, gestação gemelar e hematoma subcoriônico, aspectos que acendem o alerta para a DPP. Dessa forma, os profissionais da saúde que atendem gestantes, seja da atenção primária ou do ambiente hospitalar, devem averiguar com frequência a trajetória gestacional a fim de interferir quando a gestação não representar mais benefícios.

Palavras-chave: Descolamento Prematuro de Placenta (DPP). Via de Parto. Cesariana de Emergência. Parto Vaginal.

ABSTRACT

Introduction: Premature Placental Abruption (PPA) is considered an obstetric emergency. This is because it involves the partial or total separation of the placenta, a temporary organ that arises during pregnancy to nourish and oxygenate the fetus. PPA usually occurs after the 20th week of pregnancy and can be caused by multiple factors: high blood pressure, abdominal trauma, use of chemical substances, premature rupture of membranes, among others. It is one of the most critical conditions in obstetrics, as it is associated with high rates of perinatal mortality. **Method:** This research constitutes a narrative literature review. Data retrieval was performed in the PubMed database using the descriptor "Premature Placental Abruption," integrated according to the Medical Subject Headings (MeSH) terminology. The selection included studies published between 2021 and 2025, with full text available in English or Portuguese, addressing the clinical and surgical management of PPA. **Results and Discussion:** Early identification of the signs and symptoms of this condition is extremely important for choosing the delivery method. It is necessary to assess the health status of both mother and baby before intervening. However, emergency cesarean section is generally the gold standard due to the rapid deterioration of the maternal and fetal clinical condition. It is worth noting, however, that the decision must be made with great caution and safety, because although cesarean section increases the chances of saving lives, it also poses risks like any surgical procedure: hemorrhage, infection, and organ perforation. As for vaginal delivery, this is only indicated when the pregnancy is at term or periterm, there are no signs of complications, or placental abruption is in its early stages. Another possibility is when fetal death has already occurred due to severe placental abruption. In these situations, labor is induced. **Conclusion:** Early attention to risk factors allows the pregnant woman to be monitored more closely or even undergo high-risk prenatal care. Ultrasound examination is fundamental for identifying uterine abnormalities, fibroids, twin pregnancies, and subchorionic hematomas—aspects that raise concerns about placental abruption. Therefore, healthcare professionals attending to pregnant women, whether in primary care or hospital settings, should frequently monitor the gestational trajectory in order to intervene when the pregnancy no longer offers benefits.

Keywords: Placental Abruption (PA). Delivery Route. Emergency Cesarean Section. Vaginal Delivery.

RESUMEN

Introducción: El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) se considera una emergencia obstétrica. Esto se debe a que implica la separación parcial o total de la placenta, un órgano temporal que se forma durante el embarazo para nutrir y oxigenar al feto. El DPP suele ocurrir después de la semana 20 de gestación y puede ser causado por múltiples factores: hipertensión arterial, traumatismo abdominal, consumo de sustancias químicas, rotura prematura de membranas, entre otros. Es una de las afecciones más críticas en obstetricia, ya que se asocia con altas tasas de mortalidad perinatal. **Método:** Esta investigación constituye una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda de datos se realizó en la base de datos PubMed utilizando el descriptor "Desprendimiento Prematura de Placenta", integrado según la terminología de los Descriptores en Ciencias de la Salud (MeSH). La selección incluyó estudios publicados entre 2021 y 2025, con texto completo disponible en inglés o portugués, que abordan el manejo clínico y quirúrgico del DPP. **Resultados y discusión:** La identificación temprana de los signos y síntomas de esta afección es fundamental para elegir el método de parto. Es necesario evaluar el estado de salud tanto de la madre como del bebé antes de intervenir. Sin embargo, la cesárea de emergencia suele ser el método de referencia debido al rápido deterioro del estado clínico materno y fetal. Cabe destacar que la decisión debe tomarse con suma precaución y seguridad, ya que, si bien la cesárea aumenta las probabilidades de salvar vidas, también conlleva riesgos como cualquier procedimiento quirúrgico: hemorragia, infección y perforación de órganos. En cuanto al parto vaginal, este solo está indicado cuando el embarazo está a término o peritermia, no hay signos de complicaciones o el desprendimiento de placenta se encuentra en sus primeras etapas. Otra posibilidad es cuando ya se ha producido la muerte fetal debido a un desprendimiento de placenta grave. En estas situaciones, se induce el parto. **Conclusión:** La atención temprana a los factores de riesgo permite un seguimiento más exhaustivo de la mujer embarazada e incluso la administración de atención prenatal de alto riesgo. La ecografía es fundamental para identificar anomalías uterinas, miomas, embarazos gemelares y hematomas subcoriónicos, aspectos que generan preocupación ante la posibilidad de un desprendimiento de placenta. Por lo tanto, los profesionales sanitarios que atienden a mujeres embarazadas, tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario, deben monitorizar frecuentemente la evolución gestacional para intervenir cuando el embarazo ya no ofrece beneficios.

Palabras clave: Desprendimiento de Placenta. Vía de Parto. Cesárea de Urgencia. Parto Vaginal.

1 INTRODUÇÃO

O Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) é definido como a separação total ou parcial da placenta normalmente inserida no corpo uterino antes do nascimento do feto, ocorrendo geralmente após a 20ª semana de gestação (Brandt & Ananth, 2023). Considerada uma das emergências obstétricas mais críticas, a condição está associada a elevados índices de morbimortalidade perinatal e complicações maternas graves, como choque hemorrágico e coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) (Chen et al., 2025; Brandt & Ananth, 2023). A incidência varia globalmente, sendo influenciada por uma série de fatores de risco independentes, incluindo idade materna avançada, hipertensão, tabagismo e histórico prévio de descolamento (Chen et al., 2025; Lueth et al., 2022).

A apresentação clínica clássica envolve sangramento vaginal doloroso, hipertonía uterina e sofrimento fetal, embora casos de hemorragia oculta (retroplacentária) possam mascarar a gravidade do quadro (Oyelese et al., 2025; Karimi et al., 2024). Diagnosticar precocemente o DPP e determinar a via de parto mais adequada são passos vitais para a preservação da saúde materno-fetal. A decisão terapêutica deve considerar a estabilidade hemodinâmica da gestante, o bem-estar fetal e a idade gestacional, exigindo uma abordagem ágil e baseada em evidências clínicas sólidas (Brandt & Ananth, 2023).

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa constitui uma revisão bibliográfica de natureza narrativa, elaborada com o propósito de sintetizar e analisar criticamente as diretrizes atuais sobre a abordagem da via de parto no descolamento prematuro de placenta. A prospecção dos dados foi realizada na base de dados PubMed, empregando-se o descritor "Premature Placental Abruption", integrado conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). A seleção abrangeu estudos publicados entre 2021 e 2025, com disponibilidade de texto integral nos idiomas inglês ou português, que abordassem diretamente o manejo clínico e cirúrgico da condição. Foram excluídos trabalhos que fugiam ao tema central, publicações duplicadas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na referida plataforma. O processo de curadoria envolveu duas etapas principais: triagem inicial de títulos e resumos, seguida pela leitura analítica dos textos completos para validação de sua relevância e originalidade. As informações extraídas foram organizadas e apresentadas de forma descritiva e qualitativa.

3 RESULTADOS

O manejo do DPP e a escolha da via de parto fundamentam-se prioritariamente no estado clínico binômio. Em cenários de instabilidade materna aguda (como hipotensão severa ou coagulopatia) ou evidência de sofrimento fetal agudo (padrões de frequência cardíaca fetal não

tranquilizadores), a cesariana de emergência imediata é a conduta padrão-ouro, visando a interrupção rápida da hemorragia e o resgate fetal (Brandt & Ananth, 2023). Estudos em nulíparas demonstram que, mesmo em casos detectados precocemente, a progressão para o parto operatório é frequente devido à rápida deterioração das trocas gasosas placentárias (Lueth et al., 2022).

Para gestações a termo ou peritermo, na ausência de compromisso fetal imediato e com estabilidade hemodinâmica materna, o parto vaginal pode ser considerado sob monitoramento contínuo (Brandt & Ananth, 2023). A indução do parto com amniotomia é frequentemente preconizada, pois a descompressão uterina pode diminuir a pressão intra-amniótica e, teoricamente, reduzir a passagem de tromboplastina para a circulação materna, mitigando o risco de CIVD (Brandt & Ananth, 2023). Contudo, a vigilância deve ser constante, com prontidão para conversão cirúrgica ao menor sinal de piora clínica.

Em situações de morte fetal intrauterina decorrente de DPP severo, o parto vaginal é geralmente a via preferencial, a menos que existam contra-indicações obstétricas clássicas. Esta abordagem visa evitar os riscos cirúrgicos e anestésicos em uma paciente que frequentemente já apresenta distúrbios de coagulação e risco elevado de hemorragia pós-parto por atonia uterina ou útero de Couvelaire (Brandt & Ananth, 2023; Karimi et al., 2024). O uso de ultrassonografia para identificar hematomas retroplacentários ou subcoriônicos auxilia na estratificação do risco de recorrência e na antecipação de complicações durante o trabalho de parto (Oyelese et al., 2025). Além disso, a ruptura prematura de membranas (RPM) foi identificada como um fator associado que pode precipitar o DPP, exigindo que o manejo das membranas seja integrado ao plano de parto (Garg & Jaiswal, 2023).

4 DISCUSSÃO

A discussão sobre a via de parto no DPP reflete a necessidade de um equilíbrio delicado entre a rapidez da intervenção e a segurança sistêmica da gestante. A cesariana, embora salvadora, impõe desafios adicionais em pacientes com CIVD estabelecida, onde o manejo da hemostasia exige suporte transfusional agressivo com plaquetas e crioprecipitado (Brandt & Ananth, 2023). A literatura reforça que a nuliparidade atua como um fator de risco relevante, frequentemente associado a apresentações clínicas mais graves e piores desfechos neonatais, o que pode inclinar a decisão médica para uma intervenção cirúrgica mais precoce (Lueth et al., 2022).

A identificação de fatores de risco independentes, como a raça preta, o tabagismo e a anemia materna (hemoglobina < 11 g/dL), permite que a equipe obstétrica esteja em alerta máximo antes mesmo do início dos sintomas agudos (Chen et al., 2025). O sangramento vaginal, embora o sinal mais comum, não é um indicador linear da gravidade do descolamento, uma vez que o descolamento "concealed" (oculto) pode resultar em choque materno sem perda sanguínea externa visível (Brandt & Ananth, 2023; Karimi et al., 2024). Por fim, o papel das lesões hemorrágicas detectadas por imagem

ressalta que o DPP pode se manifestar como um contínuo de gravidade, onde hematomas intraplacentários ou retroplacentários silenciosos precedem o quadro franco de emergência, sugerindo que o monitoramento ultrassonográfico pode refinar o tempo ideal para o parto em casos de risco elevado (Oyelese et al., 2025).

5 CONCLUSÃO

A escolha da via de parto no Descolamento Prematuro de Placenta deve ser imediata visando a melhor avaliação, baseada na estabilidade materna e na vitalidade fetal. A cesariana é a conduta padrão-ouro quando há sofrimento fetal ou instabilidade hemodinâmica, enquanto o parto vaginal é preferível em casos de morte fetal para reduzir riscos cirúrgicos e de coagulopatia, também poderá ser considerado quando a paciente está estável e em trabalho de parto avançado. A amniotomia precoce é uma manobra estratégica essencial para a descompressão uterina e prevenção da CIVD. Em suma, o prognóstico depende do diagnóstico ágil e do monitoramento rigoroso em todo perinatal, acompanhando os fatores de risco, bem como as complicações da gestação, para otimizar os desfechos materno-fetais.

REFERÊNCIAS

BRANDT, J. S.; ANANTH, C. V. Placental Abruption at Near-Term and Term Gestations: Pathophysiology, Epidemiology, Diagnosis, and Management. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 228, n. 5, p. S1313-S1329, 2023.

CHEN, D. et al. Independent risk factors for placental abruption: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 25, n. 1, p. 351, 2025.

GARG, A.; JAISWAL, A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. **Cureus**, v. 15, n. 3, p. e36615, 2023.

KARIMI, A. et al. Vaginal bleeding in pregnancy and adverse clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 44, n. 1, p. 2288224, 2024.

LUETH, A. et al. Prospective Evaluation of Placental Abruption in Nulliparous Women. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 35, n. 25, p. 8603-8610, 2022.

OYELESE, Y. et al. Hemorrhagic placental lesions on ultrasound: a continuum of placental abruption. **Journal of Perinatal Medicine**, v. 53, n. 6, p. 741-748, 2025.