

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM PLACENTA PRÉVIA

NURSING CARE TO PREGNANT WITH PLACENTA PREVIA

* Caroline Alberton GASPARETTO
Ianara Araújo FERNANDES

RESUMO

A placenta possui funções essenciais para a vida do feto durante os 9 meses de gestação, sendo sua principal finalidade transportar oxigênio e nutrientes. Anormalidades como a placenta prévia podem causar alterações no desenvolvimento se mal diagnosticada ou se as orientações não forem seguidas de acordo com o prescrito. Até onde se sabe não há causa definida para a predisposição da placenta prévia nas gestantes, mas estudos indicam que a multiparidade e idade avançada da gestante podem influenciar. O objetivo é esclarecer quais os fatores influenciadores, suas causas e consequências que podem ocorrer para a mãe e o bebê, e qual a assistência de enfermagem e equipe no acompanhamento e na hora do parto. O método usado no estudo foi descritiva, exploratória e tem como característica, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipular as informações, procurando descobrir com precisão e comprovação científica. Como resultado final deste estudo observou-se a dificuldade de identificação e diagnóstico da patogênese bem como o desinteresse dos profissionais de enfermagem, devido a baixa frequência com que a placenta prévia ocorre.

PALAVRAS-CHAVE: Placenta prévia; Multiparidade; Hemorragia

ABSTRACT

The placenta has essential functions for the life of the fetus during the nine months of pregnancy, and its main purpose carry oxygen and nutrients. Abnormalities such as placenta praevia can cause changes in development has misdiagnosed or if the guidelines are not followed according to prescribed. Far as we know no definite cause for the predisposition of placenta previa in pregnant women, but studies indicate that multiparity and advanced age of the mother can influence. The aim is to clarify the influencing factors, its causes and consequences that can occur to the mother and the baby, and which nursing care and staff in monitoring and time of birth. The method used in the study was descriptive, exploratory and is characterized, record, analyze and correlate facts or phenomena without manipulating the information, trying to discover precisely and scientifically proven. As final result of this study noted the difficulty of identification and diagnosis of the pathogenesis and the disinterest of nursing professionals, due to the low frequency with which placenta previa occurs.

KEYWORDS: Preview; Multiparity; Bleeding placenta

* Email para correspondência: caroline_alberton@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Em estudo para comparação da incidência de placenta prévia em uma maternidade no norte do Brasil, nos anos de 1991 e entre 2006 e 2010, constatou-se que no ano de 1991, 1,13% dos casos (101/8.900) as gestantes possuíam a anormalidade, e nos anos entre 2006 e 2010 em 24.726 partos, apenas 0,4% das gestantes (108/24.736) foram detectadas com placenta prévia, uma redução relativamente grande, não havendo morte materna observada nos períodos (ALENCAR JUNIOR, 2012).

A placenta prévia é considerada uma complicação obstétrica cada vez mais frequente, podendo ocorrer por fatores como remodelação vascular materna anormal e invasão trofoblástica excessiva. Durante toda a gravidez podem ocorrer alterações como hemorragia, ruptura uterina e sofrimento fetal (GARMI; SALIM, 2012).

O diagnóstico precoce por meio de ecografias é essencial no pré-natal, e caso não diagnosticado pode trazer consequências para a mãe e o feto como: procedimento cirúrgico de parto cesárea de emergência, pois devido à hemorragia repentina e a posição da placenta no útero não há indicação de parto normal a fim de evitar complicações irreversíveis ao feto, como hipóxia e sofrimento fetal.

Não há causa definida ainda para justificativa a gestante possuir placenta prévia, mas estudos avaliam que os fatores que predisõem a esta anormalidade podem ser, a multiparidade, idade avançada da gestante, cesárea prévia e curetagem uterina (KADASNE, 2011).

Para o tratamento e assistência à gestante, recomenda-se duas opções a partir de cada caso, podendo ser a contemporização e a intervenção. Avaliando a idade gestacional, sendo ela menor que 35 semanas indica-se o repouso hospitalar, onde se tem maior contato com a equipe, e prontidão para quaisquer eventualidades. Se a idade gestacional for maior do que 37 semanas, e for constatada a maturidade fetal deve-se realizar a interrupção da gestação, toda a equipe deve estar preparada para hemotransfusão e outras ocorrências (REZENDE, 2001).

Para que se entenda a placenta prévia, é preciso conhecê-la nas suas formas e saber quais os fatores que fazem com que a gestante venha a desenvolver esta patologia, não esquecendo também dos cuidados que se deve realizar para evitar grandes consequências. Sendo assim a pergunta norteadora deste estudo é: os profissionais de enfermagem estão realmente capacitados para dar um primeiro atendimento a gestante com placenta prévia?

2. REVISÃO DE LITERATURA

A placenta é essencial para o crescimento e desenvolvimento do feto dentro da barriga da mãe, pois é ela que tem a função de enviar nutrientes, oxigênio e proteger o feto durante os nove meses. Na placenta prévia ocorrerá tudo normalmente, apenas o local de sua inserção é diferente, o que implica à mãe vários cuidados a mais na gestação, como repouso absoluto, evitar atividades que exijam muito esforço. Se a mãe seguir corretamente as recomendações, sua gravidez será tranquila, apenas na hora do parto é indicada a cesariana, pois no parto normal pode haver hemorragia, e devido à pressão do feto sobre a placenta o nível de oxigênio passado para o bebê irá diminuir, e ele entrará em sofrimento fetal, podendo ser levado à morte (ROA, 2012).

Anatomia do útero

O útero é um órgão oco, ímpar e mediano, em forma de pera invertida, achatada no sentido anteroposterior, que emerge do centro do períneo para o interior da cavidade pélvica. Na parte média, o útero apresenta um estrangulamento denominado istmo, sua parte superior recebe o nome de corpo do útero e a inferior constitui a cérvix (CASTRO, 1985).

No centro da extremidade inferior da porção vaginal da cérvix, há um orifício denominado óstio, sendo achatado no sentido anteroposterior. O útero apresenta uma face anterior que é denominada face vesical mais plana, e outra posterior que é a face intestinal mais convexa. As uniões laterais das duas faces constituem as bordas direita e esquerda do útero (CASTRO, 1985).

Compõe-se de três camadas: o perimétrio, camada externa serosa, é contínuo ao peritônio e auxilia a sustentação do útero. A camada média, o miométrio é uma camada muscular espessa. A camada interna, o endométrio é uma camada de mucosa glandular. Durante a menstruação e depois do parto, as células do endométrio desprendem-se. O miométrio contém fibras musculares que se estendem em todas as direções, ele é capaz de apagar, centralizar e dilatar a cérvix, permitindo que o feto seja empurrado para fora do útero. A principal característica da cérvix é sua elasticidade, ela proporciona a lubrificação da parede vaginal, age como um agente bacteriostático, e possibilita um ambiente alcalino para proteger o espermatozoide da acidez vaginal (BURROUGHS, 1995).

Suas funções são a menstruação, onde o útero desprende o endométrio ou revestimento uterino eliminando-o, na gestação o útero abriga o feto e permite o seu crescimento, e no trabalho de parto e no parto propriamente dito os músculos uterinos contraem-se e a cérvix dilata-se para expelir o feto (BURROUGHS, 1995).

Fisiologia

O tecido conjuntivo, que constitui a maior parte do ovário é conhecido com estroma ovariano, é dentro dele que os óvulos e as células secretoras dos hormônios femininos se formam (GUYTON, 2011).

Cada ovário contém milhares de folículos, e cada um destes contém um óvulo cercado de células foliculares epitelióides. Os folículos passam por etapas de maturação e desenvolvimento, que tem como resultado a liberação de um óvulo, sendo o tempo de liberação de um para outro de aproximadamente um mês (GUYTON, 2011).

Após o óvulo ser liberado pelo folículo, as células se modificam para formar um hormônio-secretor chamado de corpo lúteo ou corpo amarelo. Em algumas semanas de vida secretora o corpo lúteo se degenera e é invadido por tecido fibroso formando um corpo albicans, que será reabsorvido pelo corpo em poucas semanas (GUYTON, 2011).

Hormônios

Os hormônios ovarianos, estrogênio e progesterona são responsáveis pelas alterações sexuais mensais, e pelo desenvolvimento sexual feminino (GUYTON, 2011).

O estrogênio faz com que células em várias partes do corpo se proliferem, aumentando seu número. Por exemplo, faz com que as células musculares lisas do útero se proliferem, aumentando o seu tamanho, e após a puberdade pode ficar de duas a três vezes maior do que o útero da criança. Também causa o aumento da vagina, desenvolvimento dos lábios (grandes e pequenos) que cercam o introito vaginal, crescimento de pêlos pubianos, conversão do canal pélvico para forma ovoide, alargamento pélvico, crescimento das mamas, proliferação dos elementos glandulares das mamas e deposição

de tecido adiposo em áreas femininas características, como as coxas e os quadris (GUYTON, 2011).

A progesterona está relacionada principalmente com o preparo do útero para receber o óvulo fertilizado, e com o preparo da mama para a secreção do leite. De modo específico a progesterona faz com que as células glandulares, tanto do endométrio uterino como das mamas, aumentem de tamanho e se tornem secretoras. A progesterona inibe as contrações do útero e o impede de expulsar um óvulo fertilizado que está tentando se implantar ou um feto em desenvolvimento (GUYTON, 2011).

Placenta

O crescimento e desenvolvimento do feto dependem exclusivamente da placenta que se constitui de tecidos fetais e maternos, o componente fetal é representado pelo cório, e o componente materno é dado pela área da superfície do endométrio uterino. Sua estrutura é desprovida de inervação, e a comunicação entre a matriz e as substâncias do feto ocorrem pela corrente sanguínea podendo exercer uma ação local agindo na placenta ou no feto (ROA, 2012).

A placenta forma uma verdadeira interface entre a circulação materna e fetal, facilitando a troca metabólica e de gás, também faz a secreção de alguns hormônios, e forma uma barreira entre os dois sistemas imunitários o que facilita a sobrevivência do feto no útero (ROA, 2012).

Sua principal função é a troca gasosa, seguida pela absorção de nutrientes e excreções de resíduos, seus componentes são transportados por difusão simples ($O_2 + CO_2$), difusão facilitada e transporte ativo altamente seletivo. A troca e síntese da mãe para o feto é de nutrientes como oxigênio, água, glicose, lactato, aminoácidos, ácidos graxos livres, vitaminas, eletrólitos, hormônios, anticorpos, alguns medicamentos e alguns patógenos como o vírus HIV. Do feto para a mãe, no entanto, passam os produtos finais do metabolismo, tais como uréia e dióxido de carbono (ROA, 2012).

A localização da placenta é determinada pela posição da mesma na cavidade uterina, podendo ser classificada em prévia, quando qualquer parte da placenta está inserida na parede inferior do útero; anterior quando sua inserção é na parede anterior uterina, posterior quando inserida na parte posterior do útero; lateral podendo sua inserção ser direita ou esquerda do útero; e fúndica quando se adere ao fundo uterino (PERROTTI, 1999).

A placenta recobre cerca de um sexto da superfície do útero, serve para aconchegar, transportar nutrientes do sangue da mãe para o bebê, secretar alguns hormônios fundamentais nesta fase, e absorver impactos sofridos pela mãe, protegendo o bebê. Entretanto, em acidentes graves, pode haver descolamento da placenta, por isso recomenda-se evitar esforços e ter atenção redobrada com a barriga (ROA, 2012).

Placenta prévia

A placenta prévia se fixa na parte inferior, cobrindo parcial ou totalmente a abertura do colo do útero. É indicada cesariana para que no parto não haja descolamento prematuro da placenta e o bebê seja prejudicado com a falta de oxigênio, e evitando assim outras ocorrências mais graves para a mãe e o feto na hora do parto (GARMI e SALIM, 2012). Distingue-se em três formas, sendo elas, total ou completa, parcial ou incompleta e marginal (SEKIGOCHI, 2013).

Placenta prévia completa é quando a placenta cobre totalmente o orifício cervical interno. Placenta prévia incompleta é quando a placenta cobre parcialmente o orifício

cervical interno e placenta prévia marginal é quando a placenta se fixa na borda placentária situada a 2-3 cm do orifício cervical interno (SEKIGOCHI, 2013).

Como o colo uterino começa a se dilatar, nada impede de que a placenta possa alterar o seu grau de inserção, sendo assim, se uma gestante possuir placenta prévia marginal, a partir da dilatação ela pode se tornar uma placenta com inserção parcial ou até mesmo total (REZENDE, 2001).

Perda de sangue é o sintoma mais frequente nas gestantes de placenta prévia, por isso devem ser evitado excesso de peso e atividades que exijam esforço físico. Alguns pacientes na hora do parto precisam de cesariana de emergência e histerectomia por hemorragia com risco de vida, enquanto outras pacientes passam por cesariana eletiva sem complicações hemorrágicas (GARMI e SALIM, 2012).

Se mal diagnosticada a placenta prévia, o bebê pode sofrer com a falta de oxigenação, e com a pressão exercida das contrações na hora do parto danos permanentes podem ocorrer com o bebê. A mãe por hemorragia pode vir a óbito.

Complicações pós-operatórias relatadas com uma abordagem conservadora incluem hemorragia grave no pós-parto, no pós-operatório, e a coagulação intravascular disseminada, e infecção resistente à terapia antimicrobiana que pode exigir a laparotomia e histerectomia (GARMI e SALIM, 2012).

Assistência a gestante com placenta prévia

Se a placenta prévia for detectada no primeiro trimestre de gestação, pode ser realizado acompanhamento com maior frequência para ver como evolui o feto e se não há complicações. Dessa forma é agendada a cesariana entre a 37ª e a 39ª semana de gestação. Orientações devem ser feitas constantemente para que a mãe esteja ciente do seu caso, e que pode haver complicações com ela e o feto na hora do parto. Deve-se esclarecer quanto a dúvidas e mitos que podem surgir, e frisar a importância da adesão e adequação ao tratamento e acompanhamento prescrito (GARMI e SALIM, 2012).

A placenta pode mudar sua inserção ao longo da gestação, sendo assim o diagnóstico ultrassonográfico definitivo de placenta prévia (especialmente do tipo marginal), só deve ser dado com exatidão após 30-35 semanas de gravidez (REZENDE, 2001).

Orientam-se duas condutas para o tratamento de placenta prévia, a contemporização e intervenção. No tratamento expectante (antes da 37ª semana), onde há a perda inicial de sangue habitualmente em pequena quantidade, pode-se esperar o amadurecimento do bebê, e recomenda-se a hospitalização. Preconiza-se a circlagem do colo para que se permita a continuação da gestação, indica-se também o uso de corticoides para o amadurecimento do pulmão fetal, este indicado antes da 35ª semana de gestação. Tratamento ativo (com 37 semanas ou mais), depois de documentada a maturidade fetal é indicado a interrupção imediata da gravidez, é permitido o exame vaginal nessa fase na sala de cirurgia, devendo-se estar preparado para hemotransfusão e cesárea (REZENDE, 2001).

A hospitalização é muito importante no acompanhamento das pacientes, garante a vigência de hemorragia, e atendimento imediato para quaisquer eventualidades. O recém-nascido também merece cuidados especiais, frequentemente pré-termo, débil, anemiado, e algumas vezes chocado, deve-se avaliar suas condições e se necessário realizar hemotransfusão (REZENDE, 2001).

3. DISCUSSÃO

Neste estudo realizado, observou-se a grande dificuldade que se tem inicialmente em identificar e diagnosticar a gestante com placenta prévia, pois no início da gestação a placenta não está fixada em local definido, e ao longo das vinte semanas iniciais pode ocorrer a migração placentária. De acordo com estes dados, para um diagnóstico fidedigno da anormalidade deve-se realizar para confirmação a ultrassonografia a partir da 30ª semana de gestação, a partir da qual o feto já estará em fase final de formação e a placenta em local fixo, sendo essa a melhor forma de se ter um resultado concreto.

Não existem achados sobre uma patogênese exata de placenta prévia, mas fatores como cesárea prévia, multiparidade e curetagem uterina são os principais fatores predisponentes. Não sendo identificada corretamente a placenta prévia, a mãe pode sofrer graves consequências como hemorragia, coagulação intravascular disseminada, e infecção resistente, e o feto pode sofrer com a falta de oxigenação e sofrimento fetal na hora do parto devido às contrações exercidas sobre ele, e o óbito vale para os dois.

A placenta prévia pode ocorrer de três formas, a total onde se fixará sobre o orifício cervical interno, a placenta prévia parcial quando a placenta cobre parcialmente o orifício cervical interno, e a placenta prévia marginal quando a placenta se fixa na borda placentária. Em estudo comprovou-se que sua incidência não é relativamente alta na população do país, ocorrendo uma em cada 200 casos.

Deve ser realizado um acompanhamento contínuo com a gestante, para ter mais contato e estar presente em todo o desenvolvimento do feto, a enfermagem possui este contato direto e vivência junto com a mãe. Estar orientando e esclarecendo dúvidas da mãe é de grande importância, após a confirmação de placenta prévia. Quando há confirmação duas condutas podem ser tomadas: a temporização e intervenção; onde respectivamente a mãe é orientada a ficar em total repouso e aguardar até a 37ª semana.

Pode ser feita a circlagem do cólon e a mãe receberá uma dose de corticoide com o intuito de amadurecimento do pulmão da criança. Na intervenção, se a idade gestacional já ultrapassar a 37ª semana e for constatada a maturidade fetal é interrompida a gestação, devendo a equipe estar preparada para cesárea e hemotransfusão.

Respondendo assim a pergunta norteadora: “Os profissionais de enfermagem estão realmente capacitados para dar um primeiro atendimento a gestante com placenta prévia?” Pode-se dizer que não, em vista do estudo abordado. Os casos de placenta prévia não são tão comuns, o que faz com que a maioria dos profissionais não busque a aprendizagem e o conhecimento necessário sobre esta assistência, sendo difícil encontrar profissionais da área que saiba nos dizer quais atendimentos diferenciais devem ser prestados a estes casos, o que por consequência prejudica ou atrapalha no serviço prestado às gestantes com este diagnóstico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde como enfermeiros e médicos, devem buscar um maior preparo para o atendimento com qualidade, não só de placenta prévia, mas de várias patologias obstétricas que podem ocorrer na gestação, já que existem inúmeros recursos disponíveis. Não cabendo negligenciar o atendimento. Cabe a eles buscar e estudar, já que a sua área de atuação foi escolhida, sendo a enfermagem uma profissão onde devemos nos doar e pensar no cuidado ao próximo.

5. REFERÊNCIAS

- ALENCAR JUNIOR, Carlos Augusto; et al. Influência no internamento materno prolongado nos resultados maternos e perinatais de duas séries de pacientes com placenta prévia. Fortaleza, Brasil. Rev brasileira de ginecologia e obstetrícia, V 34, nº 1, 2012. p.34-39.
- BURROUGHS, Arlene. Introdução a Enfermagem Materna, 6ª edição. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1995. p.458.
- CASTRO, Sebastião Vicente de. Anatomia Fundamental, 2ª edição. Editora Pearson Education do Brasil. São Paulo 1986. p.586.
- GARMI, Gali; SALIM, Raed. Epidemiologia, etiologia, diagnóstico e gestão de acretismo placentário. Israel. Rev de Obstetrícia e ginecologia internacional, V 10, nº 1155, 2012 p. 873-929.
- GUYTON, Arthur C; tradução ESBERARD, Charles Alfred. Fisiologia humana, 6ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2011. p. 564.
- KADASNE, Anjali R; MIRGHANI, Hisham M. O papel do ultrassom em situações de risco de vida na gravidez. Jornal de emergências, traumas e choque, V 4; Nº 4; 2011. p. 508-510.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. 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.- 5. Ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p.301.
- PERROTTI, Maria Regina Machado, et al. Evolução das características ecográficas da placenta, da posição e da apresentação fetal em gestações normais. São Paulo, Brasil. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, V 21, nº 9, 1999. p. 499-504.
- REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia fundamental. 8ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2001. p. 674.
- ROA, Ignacio; SMOKS, Carolina e PRIETO, Ruth G. Placenta: Anatomia e Histologia. Chile. International Journal of Morphology. V 30; nº 4; 2012. p. 1490-1496.
- SEKIGOCHI, Atsuko; et al. Tipo e localização da placenta prévia que afetam o prematuro e riscos relacionados a hemorragia antes do parto. Tokyo, Japão. Internacional journal of medical sciences, V 10, 2013 p. 1683-1688.