Faculdade Dama

Bacharelado em Enfermagem

Professora: Isabella Murara Vieira

Acadêmicas: Eliane de Fatima Couto e Sabrina Terezinha Soupinski

PLACENTA PRÉVIA

Placenta prévia, acreta e vasa prévia são causas importantes de sangramento na segunda metade da gravidez e durante o parto. Os fatores de risco para placenta prévia incluem cesariana anterior, interrupção da gravidez, cirurgia intrauterina, tabagismo, gravidez múltipla, aumento da paridade e aumento de idade materna. O método de diagnóstico da placenta prévia é a ultrassonografia transvaginal. Mulher com placenta prévia intacta deve fazer cesariana. Pequenos estudos mostram que quando a distância da placenta ao colo do útero é maior que 2cm, as mulheres podem dar à luz por via vaginal com segurança. (CLARK, 1985)

A incidência de implantes placentários está aumentando, principalmente porque a taxa de cesarianas aumentou. Essa condição pode estar relacionada a uma grande perda de sangue durante o parto. O diagnóstico pré natal por meio de imagens e o planejamento do manejo perinatal por uma equipe multidisciplinar podem ajudar a reduzir a morbimortalidade. Mulheres com hiperplasia placentárias devem ter parto cesárea e nunca tentar separar a placenta durante o parto. A maioria das mulheres com hiperplasia placentária significativa requer histerectomia, embora o manejo conservador bem-sucedido tenha sido descrito, atualmente não há dados suficientes para recomendar esse método para o manejo de rotina. Quando as membranas fetais se rompem, os vasos sanguíneos anteriores correm o risco de sangramento fetal e morte. A doença pode ser diagnosticada durante os exames pré-natais por ultrassom. (CLARK, 1985).

PLACENTA PREVIA.

A placenta prévia é uma situação em obstetrícia digna de vigilância, no entanto, felizmente não é muito frequente. A chamada de placenta prévia surge quando a ocorre implantação do produto da conceção junto ao orifício que liga o útero à vagina. Muitas vezes o que acontece é que, com o crescimento do útero a placenta migra e fica mais afastada desse orifício. Razão pela qual o diagnóstico definitivo apenas pode ser feito a partir do 2º trimestre.(SEDICIAS DRª. SHEILA.2007)

Existem 4 tipos de placenta prévia:

Placenta prévia total – em que o orifício é totalmente coberto pela placenta;

Placenta prévia parcial – em que o orifício é parcialmente coberto pela placenta

Placenta prévia marginal – a placenta toca o orifício mas não o cobre;

Placenta baixamente inserida – a placenta encontra-se nas proximidades do orifício mas não o toca.

Existem alguns fatores associados à placenta prévia, tais como, várias gravidezes, gravidez no final da idade fértil, cesariana anterior, curetagem (raspagem) uterina, tabagismo, e antecedente de placenta prévia. BRASIL,2011



(Enfermagem Ilustrativa, 2020).

SINTOMAS

O sintoma mais comum é a perda de sangue vivo via vaginal, em pequena quantidade, não associado a dor nem a contrações. Estes episódios de hemorragias são muitas vezes recorrentes e agravam-se à medida que a gravidez avança, podendo eventualmente colocar em causa a gravidez.

Se por acaso a mulher entra em trabalho de parto a hemorragia pode ser significativa, uma vez que o colo do útero começa a abrir, bem como o seu orifício, levando a placenta a descolar-se podendo colocar a vida do bebé e da mãe em risco. (MDSAUÚDE,2008)

DIAGNOSTICO

A ultrassonografia transvaginal, e ecografia é o método de diagnóstico mais utilizado e mais fidedigno, embora a perda de sangue vivo entre pequena/moderada quantidade, a consistência relaxada do útero, e a apresentação do bebé ser de rabo e não de cabeça para baixo, possam dar algumas pistas sobre o problema. O exame vaginal com o espéculo permite descartar problemas da vagina ou do colo do útero.( Lockwood CJ,2017).

TRATAMENTO

Não existe propriamente um tratamento para a placenta prévia. As atitudes terapêuticas serão no sentido de evitar um parto prematuro e tudo dependerá do quadro clínico: se tem ou não hemorragias e/ou contrações.

O repouso, a dieta rica em fibras ou até mesmo o uso de um laxante, para evitar esforço a evacuar, e ingestão de pelo menos 1,5L de água por dia, são cuidados aconselhados nestes casos.

As relações sexuais com penetração são proibidas e poderá ter de fazer medicação se tiver contrações. Se tiver perdas de sangue estas devem ser vigiadas, caso aumentem deverá recorrer à urgência e, em caso de necessidade, pode ter de ser internada para uma maior vigilância. O parto terá de ser programado para cerca das 38-39 semanas, altura em que realizará a cesariana. Eventualmente se tiver contrações ou ameaçar parir antes do tempo, terá de se antecipar o parto, sendo sempre inevitavelmente uma cesariana.

Segundo a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Oliveira Carvalho de Oliveira,2011. A Placenta Prévia (PP) é deliberada como a implantação placentária no segmento inferior, distando no máximo 7 cm do colo do útero. Ao aderir-se diretamente ao miométrio, designar-se placenta acreta; ao estender-se mais profundamente, placenta increta, e ao invadir a serosa uterina ou órgãos adjacentes, percreta. O objetivo da pesquisa é identificar a partir da literatura conexa ao tema, as características gerais da placenta prévia. Trata-se de um estudo, de caráter bibliográfico realizado na biblioteca da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP), bem como em outras fontes tais como revistas e bancos de dados da internet SCIELO e MEDLINE no período de abril a junho de 2013. Em conformidade com a literatura recorrida, o sangramento vaginal sem dor no último trimestre da gravidez costuma ser um sinal de alerta, e é preciso procurar ajuda médica imediatamente caso isso ocorra. Pode ser, no entanto, que não haja nenhum sintoma, e a condição só seja descoberta durante o exame de ultrassonografia de rotina. O diagnóstico precoce e conciso da placenta prévia e dos fatores de risco é necessário, pois nos faz pensar na possibilidade de acretismo.

A PP incide mais entre as gestantes idosas e multíparas, na proporção de 1:300 partos entre 20 a 29 anos, 1:100 partos nas mulheres próximas dos 35 anos e, 1:50 partos naquelas de 40 anos. Não existe tratamento específico para a PP. Recomenda-se repouso e abstinência sexual para evitar novos sangramentos. A grande maioria das mulheres acometidas tem boa evolução e não necessita de maiores intervenções. O enfermeiro deve ter conhecimento desse evento patológico, a fim de se prestar uma assistência de enfermagem de maneira eficiente e precoce. Desse modo, buscou-se abordar de maneira geral todos os aspectos característicos inerentes à PP, permitindo-se assim esclarecimentos pertinentes e fundamentais as ações do enfermeiro responsável.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

* Informar e encorajar a gestante, durante a visita, por meio de diálogo a importância da ingestão adequada de líquidos diários;
* Encorajar a gestante no momento da interação diariamente a ingerir mais de 1 litro de água por dia;
* Encorajar gestante por meio do diálogo procurando ouvi-la, a verbalizar; seus sentimentos e preocupações no momento de interação até que eles sejam superados;
* Levar a gestante identificar as respostas e como lidar com a ansiedade e executá-las como desejar;
* Massagear as costas da puérpera com as mãos a cada duas horas virando seu tórax lateralmente;
* Atenda ao seu humor, facilitando a comunicação para reduzir ansiedade e medo;
* Repouso absoluto e / ou minimizar a atividade física;
* Controle de parâmetros vitais;
* Administração de medicamentos prescritos;
* Vigilância do bem-estar materno e fetal;
* Avaliação da quantidade de sangramento vaginal se houver. (FARIAS, 2000)

O enfermeiro ocupa um papel importante no acompanhamento às gestantes de baixo e de alto risco, que necessitam de recomendações e cuidados para que a gestação chegue a termo, a fim de prevenir a prematuridade e ou riscos à sua saúde. É essencial para o cuidado à gestante com placenta prévia. (FARIAS, 2000).

**REFERÊNCIAS**

FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NUMA GESTANTE DE ALTO RISCO BASEADOS NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM: ESTUDO DE CASO**. 2000. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692000000600009&script=sci\_arttext. Acesso em: 24 set. 2020.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979)**. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000400005&script=sci\_arttext. Acesso em: 24 set. 2020.

<https://www.academicoo.com/placenta-previa>. Acesso em: 24 de set. 2020.

[https://www.tuasaude.com/placenta-previa/dr\*Patriciaobstetra](https://www.tuasaude.com/placenta-previa/dr*Patriciaobstetra). Acesso em: 22 de set. 2020.