

Placenta Prévia: Desafios e Estratégias no Manejo Obstétrico

Placenta Previa: Challenges and Strategies in Obstetric Management

Danilo Devezas Souza

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
daniodevezas@gmail.com

Henrique Rivera Simões

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
henriqueriverasimoes@hotmail.com

Guilherme Araujo Bertazzo

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
guilhemearajobertazzo@hotmail.com

Debora Cristina Rebelo Silva

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
debora2802@hotmail.com

RESUMO

A placenta prévia, associada a riscos significativos de sangramento e complicações obstétricas, representa um desafio clínico. A prevalência é de 4 a 5 por 1.000 nascimentos, sendo mais alta às 20 semanas, mas muitos casos resolvem-se antes do parto. Fatores de risco incluem placenta prévia anterior, parto cesáreo, gestação múltipla e outros. O diagnóstico, realizado por ultrassonografia, destaca a relevância da ultrassonografia transvaginal. O manejo envolve monitoramento cuidadoso, intervenções preventivas e estratégias para determinar o momento ideal para cesariana planejada. Intervenções específicas para reduzir o risco de sangramento incluem evitar exame digital do colo, abster-se de atividades sexuais que induzam ao orgasmo e evitar exercícios físicos extenuantes. O caso clínico apresentado enfatiza a importância do acompanhamento e do manejo cuidadoso para garantir a segurança materno-fetal durante a gestação e o parto.

Palavras-chave: Placenta; Placenta prévia; Gestação.

ABSTRACT

Placenta previa, associated with significant risks of bleeding and obstetric complications, represents a clinical challenge. The prevalence is 4 to 5 per 1,000 births, being highest at 20 weeks, but many cases resolve before delivery. Risk factors include previous placenta previa, cesarean section, multiple pregnancies and others. The diagnosis, carried out by ultrasound, highlights the relevance of transvaginal ultrasound. Management involves careful monitoring, preventative interventions, and strategies to determine the optimal time for planned cesarean section. Specific interventions to reduce the risk of bleeding include avoiding digital examination of the cervix, abstaining from sexual activities that induce orgasm, and avoiding strenuous physical exercise. The clinical case presented emphasizes the importance of monitoring and careful management to ensure maternal-fetal safety during pregnancy and childbirth.

Keywords: Placenta; Placenta previa; Pregnancy.

1 CONTEXTO

A placenta prévia, caracterizada pela inserção inadequada do tecido placentário sobre o orifício cervical interno, representa um desafio clínico devido ao risco aumentado de sangramento pré, durante e pós-parto (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022). Essa condição está associada a complicações como parto prematuro, hemorragia pós-parto e a necessidade de parto cesáreo. A prevalência combinada é de 4 a 5 por 1.000 nascimentos, sendo mais alta às 20 semanas, mas muitos casos identificados precocemente desaparecem antes do parto (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). Os fatores de risco incluem placenta prévia anterior, parto cesáreo anterior, gestação múltipla, cirurgia uterina anterior, aumento da paridade, idade materna avançada, entre outros. A patogênese é desconhecida, mas hipóteses incluem áreas de decídua com vascularização subótima e cirurgia anterior (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022). O sangramento placentário, principal complicação, ocorre devido a contrações uterinas, alterações no colo do útero e perturbações mecânicas. A apresentação inicial é frequentemente assintomática, identificada em ultrassonografias no meio do trimestre, e cerca de 90% das placentas prévias identificadas nesse estágio desaparecem antes do parto (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). A morbidade materna está relacionada ao sangramento pré e pós-parto, enquanto a neonatal está associada ao aumento do risco de parto prematuro (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). O diagnóstico é confirmado por ultrassonografia transvaginal em gestantes com mais de 20 semanas e sangramento vaginal. A placenta prévia está associada a complicações como espectro placenta prévia-accreta e morbidade menor quando a borda placentária está mais distante do orifício cervical interno (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022). O manejo eficaz demanda uma abordagem adaptada a cada paciente, envolvendo monitorização cuidadosa da posição placentária e intervenções preventivas, como orientações sobre atividade sexual e corticosteroides pré-natais (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). Em casos agudos, sangramento ativo requer internação imediata e parto cesáreo de emergência. Para pacientes estáveis, a abordagem expectante busca prolongar a gravidez com segurança, considerando sempre o equilíbrio entre benefícios neonatais e riscos maternos. O manejo é delineado de forma precisa, priorizando a segurança e o bem-estar tanto da gestante quanto do concepto, com base em evidências clínicas e estratégias terapêuticas (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O relato de caso sobre placenta prévia aqui apresentado baseou-se em uma investigação bibliográfica, utilizando descritores pertinentes na pesquisa de artigos digitais, primariamente na base de dados UPTODATE. Os termos-chave empregados incluíram “placenta prévia”, “complicações obstétricas”, “ultrassonografia obstétrica” e “gestação de alto risco”. A seleção criteriosa das fontes foi realizada considerando a relevância para a temática, excluindo-se referências que não contribuíam para os objetivos da pesquisa. Destaca-se que as informações relativas ao caso clínico foram obtidas por meio da análise do prontuário da paciente, cujo atendimento ocorreu no Hospital São João Batista, situado em Volta Redonda, RJ. Importante ressaltar que este caso está vinculado ao Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.523.

Paciente do sexo feminino, 22 anos, G2P1A0, diagnosticada com placenta prévia foi admitida no pronto atendimento do Hospital São João Batista em 12/11/2023, com 17 semanas e 3 dias de gestação, devido a disúria persistente. Sem comorbidades, tabagismo ou etilismo, e possui alergia a Plasil e Bromoprida. O diagnóstico de placenta prévia total, Grau 0, foi estabelecido em 01/09/2023, durante ultrassonografia realizada aos 10 semanas e 2 dias, demandando monitoramento contínuo. A medida da Translucência Nucal registrou 1,45mm, exigindo atenção especial. A anamnese revelou bom estado geral da paciente, e os exames incluíram VDRL, HIV, hemograma completo, EAS e HBSAg. A conduta prescreveu ceftriaxona, urocultura e ultrassonografia de rins e vias urinárias, além do acompanhamento obstétrico. Durante a internação, a paciente permaneceu estável, e os resultados dos exames laboratoriais mantiveram-se dentro dos parâmetros esperados. O quadro obstétrico era favorável, com feto único, cefálico, batimentos cardíacos

cos a 155 BPM, líquido amniótico normal e placenta corporal posterior Grau 0. Em 15/11/2023, a paciente permanecia estável, com a conduta de vigilância persistindo. A avaliação da urina em 16/11/2023 revelou resultados negativos, e a ultrassonografia de rins e vias urinárias não apresentou alterações. A paciente estava prestes a receber alta, indicando evolução favorável.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Na admissão hospitalar em 12/11/2023, com 17 semanas e 3 dias de gestação, a paciente, uma mulher de 22 anos, G2P1A0, com histórico de parto há dois anos, apresentava-se com disúria persistente, resistente à fosfomicina. Sem comorbidades, tabagismo ou etilismo, era alérgica a Plasil e Bromoprida.

A história clínica teve início durante uma consulta de pré-natal em 08/09/2023, com 8 semanas e 1 dia de gestação. A ultrassonografia inicial revelou batimentos cardíacos fetais e colo uterino com 29mm. Contudo, em 01/09/2023, uma nova ultrassonografia às 10 semanas e 2 dias trouxe preocupações. O diagnóstico de placenta prévia total, Grau 0, foi estabelecido, acompanhado por uma Translucência Nucal (TN) de 1,45mm. Na consulta subsequente em 09/10/2023, com 13 semanas e 2 dias, o diagnóstico foi reafirmado, seguindo o Programa Nacional de Atenção à Saúde da Gestante (PNAR).

Na admissão hospitalar, a paciente apresentava-se em bom estado geral, com altura uterina de 17 cm e batimentos cardíacos fetais a 137 BPM. Os exames solicitados abrangeram VDRL, HIV, hemograma completo, EAS e HBSAg. A conduta incluiu a prescrição de ceftriaxona, solicitação de urocultura e exames de imagem, como ultrassonografia de rins e vias urinárias, além do acompanhamento obstétrico. Ao longo da internação, a paciente permaneceu estável, com sinais vitais normais, estado de consciência preservado e ausência de queixas. Em 13/11/2023, os exames estavam dentro dos parâmetros esperados, mantendo-se a vigilância materno-fetal e infecciosa. O técnico de enfermagem relatou estabilidade em 14/11/2023, e a avaliação médica subsequente confirmou um quadro obstétrico favorável.

Em 16/11/2023, a urina apresentou resultados negativos, e a ultrassonografia de rins e vias urinárias não revelou alterações. A paciente recebeu alta, evidenciando uma evolução clínica favorável. A narrativa destaca a importância do manejo cuidadoso da placenta prévia, ressaltando a abordagem multidisciplinar para assegurar o bem-estar materno e fetal, com decisões embasadas ao longo da gestação

4 DISCUSSÃO

A placenta prévia é caracterizada pela presença do tecido placentário sobre o orifício cervical interno, associada a complicações sérias como sangramento pré e pós-parto, parto prematuro e a necessidade de cesariana (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). Os fatores de risco, como placenta prévia anterior, embolização prévia da artéria uterina, endometriose, feto masculino, gestação múltipla e outros, são discutidos, ressaltando a influência de procedimentos cirúrgicos uterinos anteriores, aumento da paridade, idade materna avançada, tratamento de infertilidade, tabagismo materno, uso de cocaína e histórico de aborto (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022) A patogênese, ainda desconhecida, sugere áreas com vascularização inadequada promovendo o crescimento do tecido placentário em direção à cavidade uterina inferior. O sangramento é a principal complicação, podendo ocorrer por várias razões, incluindo contrações uterinas, alterações no colo do útero, exame vaginal ou relações sexuais (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2023). O diagnóstico, comum via ultrassom entre a 18ª e 20ª semana, destaca a relevância da ultrassonografia transvaginal para melhor visualização da relação placenta-colo uterino. O manejo de pacientes assintomáticos envolve determinar a resolução com o aumento da idade gestacional, identificar a placenta acreta e reduzir o risco de sangramento. O monitoramento da posição da placenta ao longo da gestação é de-

talhado, com estratégias para determinar o momento ideal para uma cesariana planejada, se necessário (Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022) Intervenções específicas para reduzir o risco de sangramento incluem evitar exame digital do colo, abster-se de atividades sexuais que induzam ao orgasmo e evitar exercícios físicos moderados e extenuantes. Para Lockwood e Russo-stieglitz, (2023) a ultrassonografia é essencial na avaliação da placenta prévia e a exclusão da placenta acreta.

O caso clínico apresentado ilustra uma paciente com diagnóstico de placenta prévia total Grau 0 aos 10 semanas e 2 dias, sem sintomas evidentes. O acompanhamento no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) é essencial, especialmente após hospitalização por infecção do trato urinário. A alta hospitalar ocorreu após tratamento com antibióticos, mas destaca-se a necessidade contínua de acompanhamento por ultrassonografias para avaliar a resolução da placenta prévia e monitorar sua posição. Recomendações para minimizar os riscos de sangramento são essenciais nesse contexto. Em relação ao momento do parto, adere-se às diretrizes do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas e da Sociedade de Medicina Materno-Fetal, realizando parto entre 36+0 a 37+6 semanas em casos não complicados. O caso destaca a importância do manejo cuidadoso e do acompanhamento próximo para garantir a segurança da mãe e do bebê ao longo da gestação e no momento do parto.

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1: Qual é o fator de risco adicional que tem uma forte associação com a placenta prévia e requer considerações especiais no manejo pré-parto?

- a) Histórico de parto cesáreo anterior.
- b) Gestação múltipla.
- c) Tratamento da infertilidade.
- d) Idade materna avançada.

Resposta Correta: a) Histórico de parto cesáreo anterior. Comentário: O histórico de parto cesáreo anterior aumenta significativamente o risco de placenta prévia, sendo necessário um manejo especial no pré-parto.

Questão 2: Qual é o principal objetivo do monitoramento da posição da placenta no segundo trimestre da gestação em casos de placenta prévia?

- a) Confirmar a presença de placenta acreta.
- b) Reduzir o risco de sangramento.
- c) Determinar o sexo fetal.
- d) Avaliar a eficácia da intervenção cirúrgica.

Resposta Correta: b) Reduzir o risco de sangramento. Comentário: O monitoramento visa determinar se a prévia se resolve, reduzindo o risco de sangramento, e identificar adesões mórbidas, como no espectro da placenta acreta.

Questão Discursiva: Descreva três intervenções específicas propostas para reduzir o risco de sangramento em pacientes com placenta prévia e explique o raciocínio por trás de cada uma delas.

Resposta Sugerida: As intervenções recomendadas para reduzir o risco de sangramento em casos de placenta prévia incluem: **Evitar exame digital do colo:** A palpação da placenta prévia através de um colo do útero parcialmente dilatado pode causar hemorragia grave. **Abster-se de atividades sexuais que induzam ao orgasmo:** Pacientes com placenta prévia são aconselhadas a evitar atividades sexuais que possam levar ao orgasmo, devido à possível associação com contrações uterinas transitórias e ao receio de trauma direto na região prévia durante a relação sexual. **Evitar exercícios extenuantes, levantamento de peso e ficar em pé por longos períodos:** Após as 20 semanas, é recomendado evitar exercícios extenuantes, levantar peso excessivo e permanecer em pé por períodos prolongados para reduzir pequenos aumentos no risco de parto prematuro, associados a esse nível de atividade. Essas intervenções visam minimizar fatores desencadeantes de sangramento, contribuindo para uma gestão adequada e a redução de complicações

REFERÊNCIAS

Lockwood, Charles J; Russo-Stieglitz, Karen. Placenta previa: Management. Atualizado em 31 ago. 2022, UptoDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management>. Acesso em: 21 nov. 2023.

Lockwood, Charles J; Russo-Stieglitz, Karen.. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. Atualizado em 03 maio. 2023 UptoDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-epidemiology-clinical-features-diagnosis-morbidity-and-mortality>. Acesso em: 22 nov. 2023.