

Placenta prévia

Aula 3

Profª Mª Gabriela Hugues

Definição

- Considera-se placenta prévia aquela situada TOTAL ou PARCIALMENTE no segmento inferior do útero
- Incidência no termo da gravidez é de 0,5 -1,0%

Fator de risco

- **CESÁREA ANTERIOR** constitui o fator de risco mais importante
- A placenta prévia por si só é fator de risco para **ACRETISMO PLACENTÁRIO**
- Outros fatores de risco: qualquer cicatriz uterina, idade materna avançada, multiparidade, tabagismo, gestação gemelar

Classificação

Quadro	Classificação da placenta prévia
Centro-total ou total	Placenta recobre totalmente o Orifício Interno (OI)
Centro-parcial ou parcial	Placenta recobre parcialmente o OI
Marginal	Margem da placenta alcança o OI sem recobri-lo
Baixa	Placenta situada no segmento inferior, mas sem alcançar o OI do colo

Tipos de placenta prévia

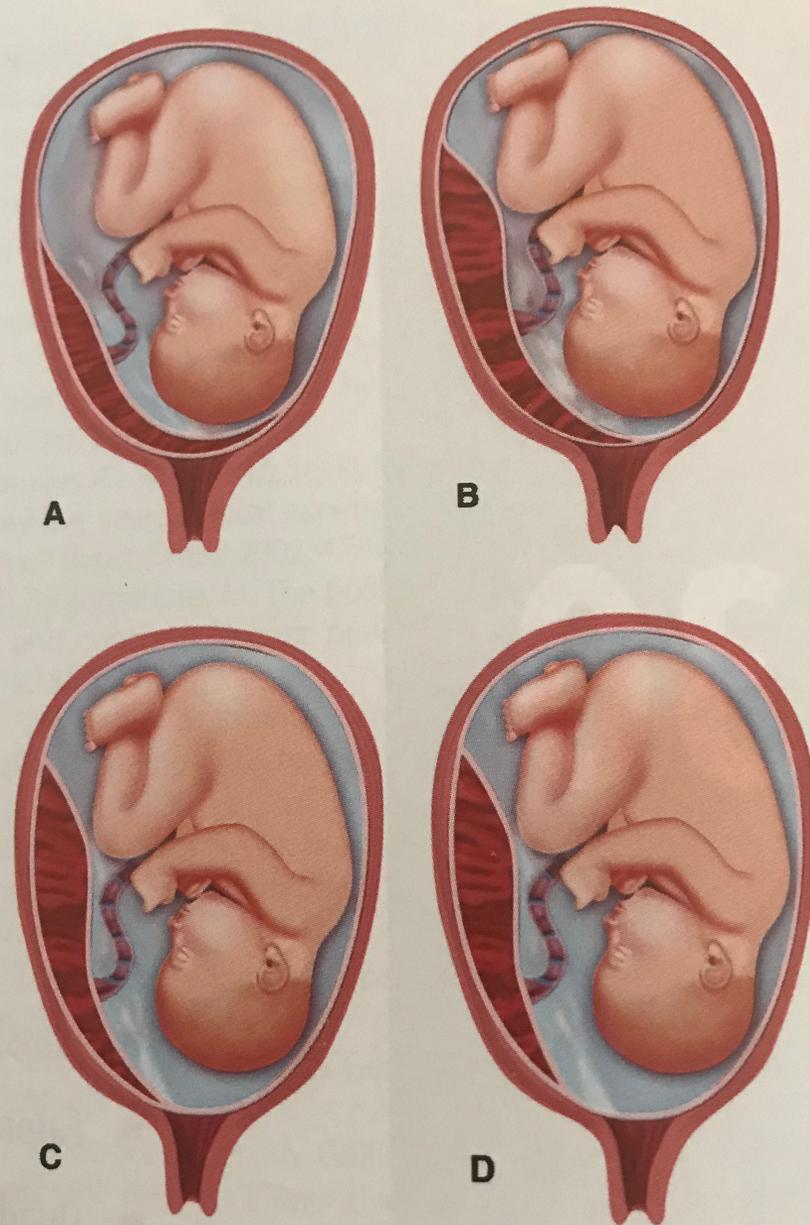


Figura 30.1 Tipos de placenta prévia: central (A), parcial (B), marginal (C) e baixa (D).

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

- Hemorragia: sinal importante. Indolor, de sangue vermelho, brilhante, desvinculada de quaisquer esforços ou traumatismos, ocorre em mais de 90% dos casos, em geral no último trimestre.
- Exame físico: Na palpação possível identificar situações oblíquas e transversas (15%), apresentação pélvica (15%) e cefálicas altas, por interposição da placenta entre a cabeça e a parede superior da bacia. Ausculta com boa vitalidade fetal. Toques estão proscritos. Ultrassonografia faz diagnóstico com precisão

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

- Exame especular: Confirmatório de que a hemorragia tem origem no canal cervical
- Parto: hemorragia tende a crescer de intensidade com o progresso da dilatação, que é proporcional à superfície da placenta descolada.
- Secundamento: Acretismo é comum. Retenções placentárias são habituais. Atonia e hemorragia pós-parto podem ocorrer

Ultrassonografia

- Diagnóstico realizado por US transabdominal de 20-24 sem.
- Confirmação por US transvaginal, mais precisa e segura
- Migração placentária: 90% das placentas prévias resolvem-se no exame de 36 sem, pela expansão do segmento inferior no 2º e 3º trimestres.
- 2/3 das mulheres com PP sangram no período anteparto. Episódios raramente graves a ponto de exigirem interrupção da gestação

Ultrassonografia

- Mulheres com PP que apresentam sangramento (sintomáticas) e que permaneçam hemodinamicamente estáveis possam ser conduzidas ambulatorialmente
- Achado de área que recobre OI do colo (seio marginal) eleva em 10 x o risco de hemorragia grave anteparto
- Pacientes que apresentam distância entre a borda da placenta e o OI ≥ 2 cm podem ser candidatas a PV. Aquelas com essa distância < 4 cm apresentarão sangramento intenso no pós-parto

Diagnóstico de Placenta Prévia pela ultrassonografia

(Rezende, 2016, p. 343)

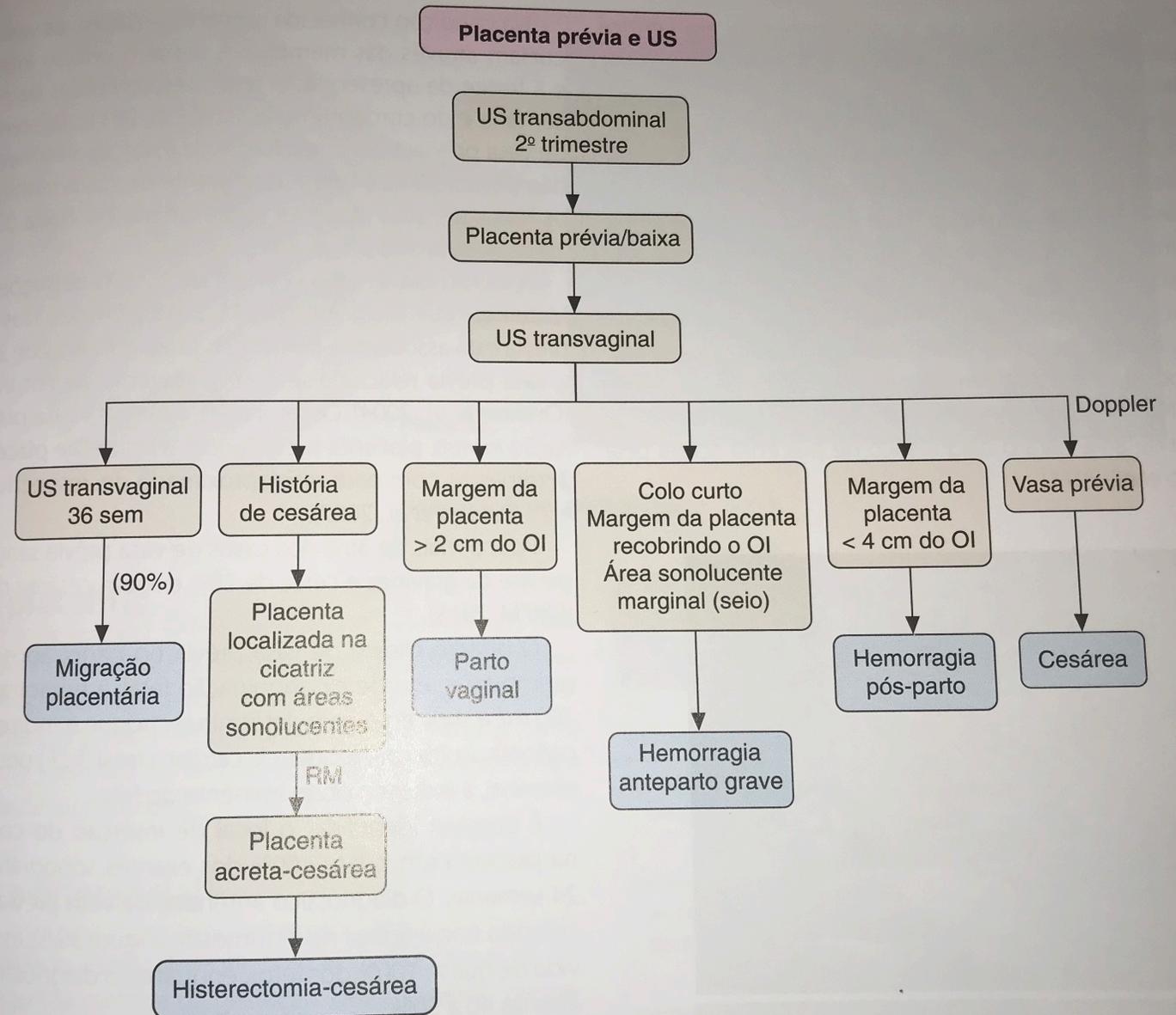


Figura 30.2 História natural da placenta prévia diagnosticada à ultrassonografia (US) transabdominal. OI, orifício interno; RM, ressonância magnética.

- Sangramento na PP ocorre na formação do segmento inferior, pela ação das contrações de Braxton-Hicks. Pode também se manifestar na fase de dilatação, agravando-se com as contrações de TP
- As hemorragias frequentes e as manobras cirúrgicas necessárias favorecem alto índice de infecção puerperal e aumento do tempo de internação

Conduta – nascimento

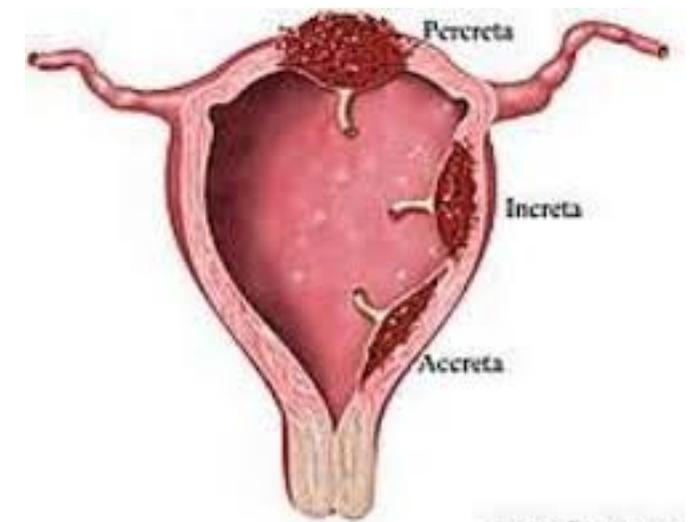
- Placenta centro total e parcial a menos de 2 cm do orifício interno: cesárea eletiva
- Em mulheres assintomáticas, cesárea entre 38-39 semanas. Em mulheres sintomáticas, entre 36-37 semanas. Intuito é chegar até o termo ou o mais próximo possível. Administrar corticoide entre 24-34 semanas
- Parto vaginal pode ser tentado na placenta baixa e marginal quando a borda placentária está a mais de 2 cm do OI do colo

Placenta acreta e vasa prévia

- Condições intimamente associadas à placenta prévia
- Acretismo placentário eleva morbiletalidade para mãe
- Vasa prévia, para o feto

Classificação	
Acreta – 80%	Adere ao miométrio
Increta – 15%	Invade o miométrio
Percreta – 5%	Perfura o peritônio, alcança bexiga e paramétrios

Acretismo placentário - classificação



Acretismo placentário

Incidência de acretismo em casos de PP de acordo com o nº de cesáreas anteriores

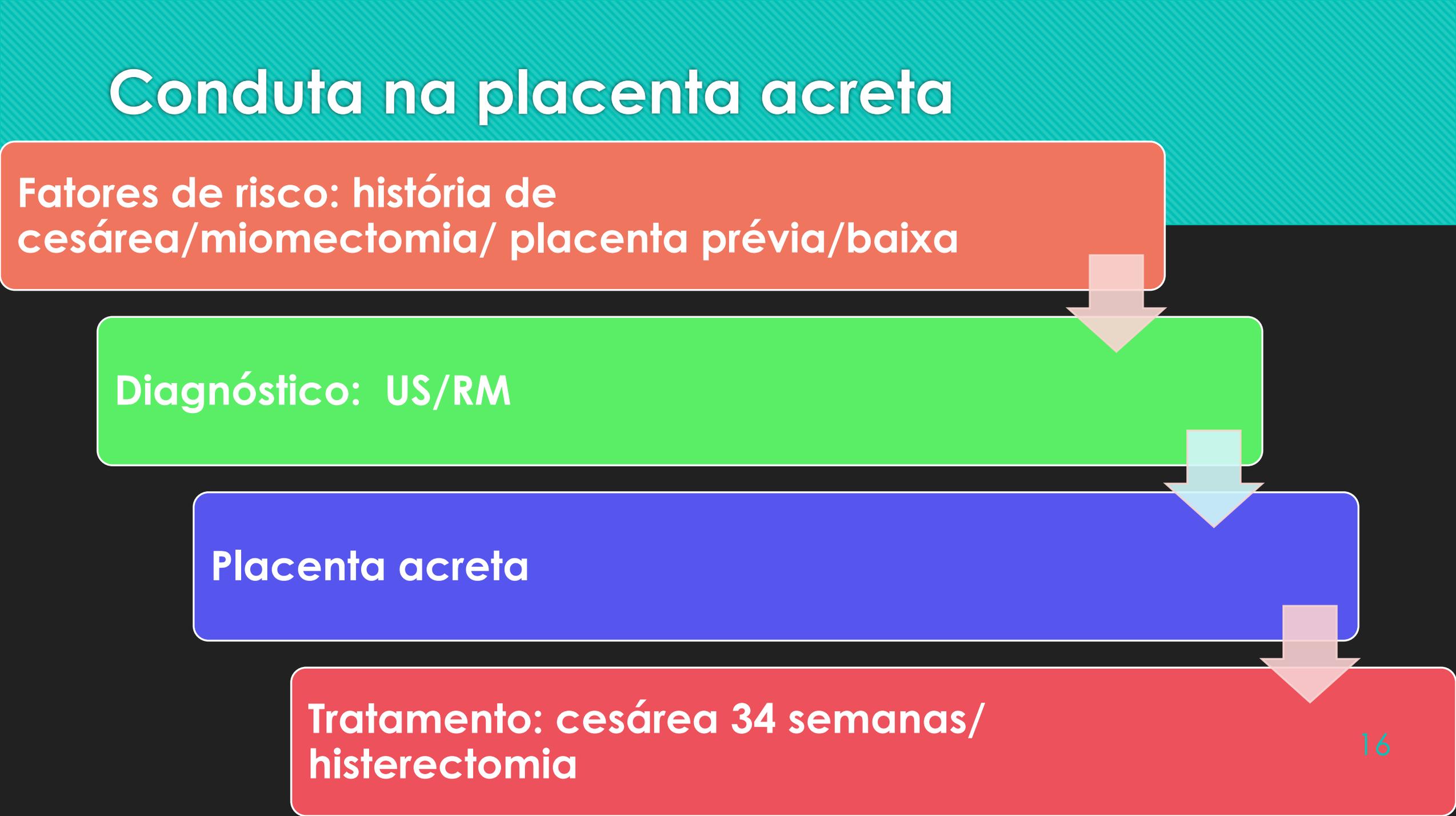
- Fator de risco mais importante: CESÁREA PRÉVIA
- Risco aumenta com o número de procedimentos

Nº de cesáreas anteriores	Risco de acretismo com placenta prévia (%)
0	3
1	11
2	40
≥ 3	> 60

Risco de acreta sem placenta prévia com ≥ 3 cesáreas: **1%**.
Adaptada de Silver et al, 2016

Conduta na placenta acreta

Fatores de risco: história de cesárea/miomectomia/ placenta prévia/baixa



```
graph TD; A[Fatores de risco: história de cesárea/miomectomia/ placenta prévia/baixa] --> B[Diagnóstico: US/RM]; B --> C[Placenta acreta]; C --> D[Tratamento: cesárea 34 semanas/histectomia];
```

Diagnóstico: US/RM

Placenta acreta

Tratamento: cesárea 34 semanas/
histectomia

Vasa prévia



Vasa prévia

- Os vasos umbilicais cursam através das membranas sobre o orifício interno do colo e à frente da apresentação fetal desprotegidos de estrutura placentária e do cordão umbilical
- Tipo 1: Inserção velamentosa do cordão
- Tipo 2 Placenta sucenturiada/bilobada



Fatores de risco e incidência

- Fator de risco: fertilização *in vitro*, placenta sucenturiada e placenta prévia no 2º trimestre
- Incidência de vasa prévia: 1:2.500 gestações. Em 2/3 dos casos está associada a placenta baixa
- 30% das vezes está associada à placenta sucenturiada/bilobada
- Cesárea entre 34-37 semanas

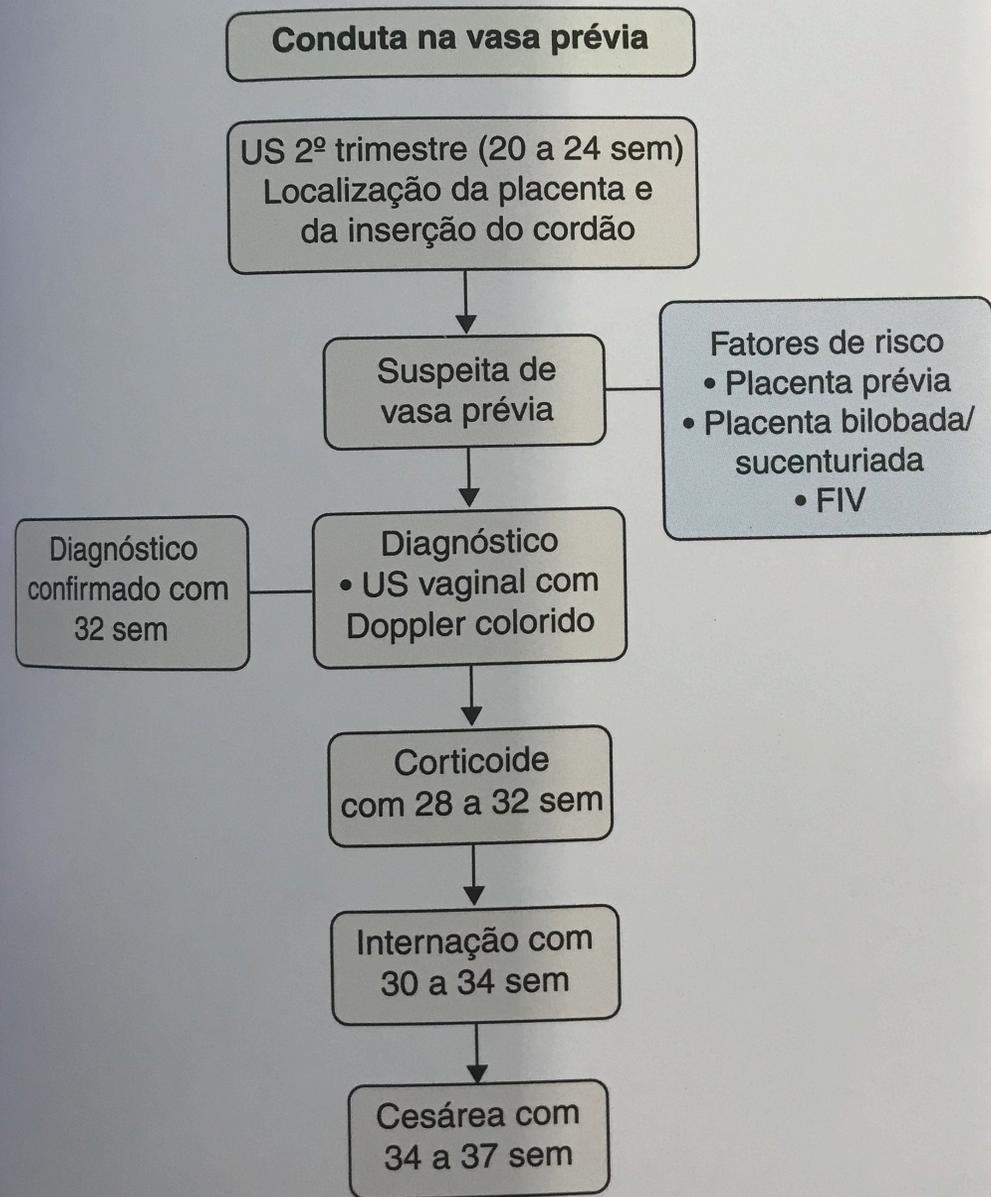


Figura 30.9 Conduta na vasa prévia. *FIV*, fertilização *in vitro*. (De acordo com as recomendações da SMFM, 2015.)

Conduta na Vasa Prévia

(Rezende, 2016, p.347)

Quadro clínico da vasa prévia

- Pouco mais de 35% dos casos de vasa prévia sangram no 3º trimestre e cerca de 28% exigem cesárea de emergência
- O quadro clínico da vasa prévia no parto após ruptura de membranas é o de exsanguinação fetal. 100ml de hemorragia é suficiente para determinar choque e morte do feto
- Padrão sinusoidal da FCF pode indicar óbito iminente

Diferença entre Placenta Prévia e DPP

Placenta prévia	DPP
Instalação insidiosa, de gravidade progressiva.	Começo tempestuoso, instalação súbita
Hemorragia indolor, exceto durante as contrações uterinas do trabalho de parto	Dor forte no sítio placentário
Hemorragia externa, sangue vermelho-rutilante	Hemorragia inicialmente interna, depois externa, sangue escuro.
Hemorragia de repetição	Hemorragia única
Tônus uterino normal	Útero hipertônico, lenhoso
BCF tranquilizadores	BCF ausente ou sofrimento fetal agudo