I. AUTORES

- Victor de Alencar Moura
- Zuleika Studart Sampaio
- Francisco Edson de Lucena Feitosa
- Carolina de Alencar Ohi Garcia

II. INTRODUÇÃO

A inserção baixa de placenta relaciona-se com o fato de a placenta recobrir ou não o orifício interno (OI) do colo. Assim, placentas que recobrem o OI passam a ser denominadas Placentas Prévias e as que não o recobrem são classificadas como Placenta de Inserção Baixa. Cerca 10-20% das placentas prévias diagnosticadas antes de 20 semanas permanecerão no terceiro trimestre.

A incidência de Placentas de Inserção Baixa e Prévia é cerca de 1 em cada 200 gestações de termo. Fatores de risco como idade materna avançada, multiparidade, histórico prévio de placenta prévia, abortos sucessivos, cicatriz de cesárea ou de outras cirurgias uterinas, uso de cocaína e tabagismo, podem estar associados.

III. CONCEITO

A placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero após 28 semanas.

IV. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

» **Sangramento:**

- **INDOLOR, INTERMITENTE E INSIDIOSO (I^3)**
  - Pequena quantidade;
  - Vermelho vivo;
  - Autolimitado;
  - Indolor;
- Geralmente sem atividade uterina.

As placentas prévias centros-totais podem apresentar sangramentos apenas entre 26 e 28 semanas.

A placenta prévia marginal pode apresentar sangramento apenas no momento trabalho de parto.

V. EXAME OBSTÉTRICO

- Palpação abdominal (geralmente útero de consistência normal e indolor, mas contrações uterinas podem ser observadas após episódio hemorrágico, apresentando tônus normal nos seus intervalos);
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais
- Exame especular (colo uterino de aspecto normal ou pode apresentar tampão mucoso sanguinolento, coágulo na vagina ou sangramento).

NÃO REALIZAR TOQUE VAGINAL

VI. DIAGNÓSTICO

A ultrassonografia transvaginal é considerada o padrão-ouro.

Em casos em que a hemorragia é acompanhada de contrações uterinas, deve ser afastado **descolamento prematuro de placenta**.

» **Conduta**

- Aferir os sinais vitais;
- U**ltrassom transvaginal** (o transdutor fica a uma distância de 2 cm do lábio anterior do colo do útero, posicionado em um ângulo de 35º com o canal cervical) para saber a localização da placenta.
- **Ultrassom doppler** para investigar acretismo placentário.
- Confirmada placenta prévia no pré-natal, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência.

» **Vigência de sangramento ativo:**

- 2 acessos venosos calibrosos com infusão de solução cristalóide, manter a estabilidade hemodinâmica e o débito urinário acima de 30 ml/h.
- A pressão e o pulso devem ser aferidos a cada hora ou a intervalos menores dependendo da intensidade do sangramento.
- Sempre solicitar reserva de sangue.

» Exames Complementares

- Hemoglobina;
- Hematócrito;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;

- Exames de função renal: Ureia e Creatinina;

Sempre que a mãe for Rh negativo e houver sangramento, esta deve receber a imunoglobulina anti-D.

VII. CONDUTA CONFORME A IDADE GESTACIONAL (IG)

» **> 37 semanas:**

- Indica-se interrupção da gestação.

» **< 37 semanas sem sangramento intenso:**

- **Conduta expectante:** O Internamento é mandatório.
- Idade Gestacional entre 24 e 34 semanas: Corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal.
- Betametasona 12mg IM a cada 24h por 2 dias (2 doses);
- Dexametasona 6mg IM de 12/12h por 2 dias (4 doses).

» **Idade gestacional <37 semanas sem sangramento intenso + Contrações** • Em casos de exceção, após confirmado que o STV se deve a inserção baixa da placenta pode-se inibir o trabalho de parto prematuro (ver esquema no capítulo correspondente).

Interrupção da gestação sempre que:

- Sangramento materno intenso;
- Sofrimento fetal;
- Maturidade fetal comprovada.

Parto Vaginal

- Pode ser possível em casos de conduta expectante em pacientes com placenta de inserção baixa, que apresentarem a distância entre o bordo placentário e o OI do colo superior a 20mm (nível IIA), com baixo risco hemorrágico. Distâncias entre 0-20mm apresentam alto índice de cesárea; entre 10-20mm pode vir a ser submetidas ao parto vaginal, dependendo das circunstancias clinicas da paciente.

Cesárea

- Demais casos;
- Deve ser realizada preferencialmente por incisão transversal, porém quando a placenta for anterior ou o feto estiver em apresentação anômala pode ser realizada incisão corporal.

VIII. ACRETISMO PLACENTÁRIO

A placenta prévia tem maior probabilidade de estar anormalmente inserida, entidade conhecida por **ACRETISMO PLACENTÁRIO**, que aumenta o risco de complicações como:

- Hemorragias;
- Tromboflebite;
- Histerectomia;
- Transfusão Sanguínea;

- Septicemia;

» **Fatores de Risco:**

- Cesárea; (risco 4,5 X maior)
- Intervenções uterinas anteriores (miomectomia, curetagem);
- Gemelaridade;
- Tabagismo;
- Multiparidade/ Intervalo interpartal curto.
- Idade materna avançada

» Diagnóstico

- Ultrassom obstétrico com doppler com especial atenção a interface miométrio-placenta;
- A ressonância magnética também tem excelente sensibilidade no diagnóstico;
- Placenta Increta: quando ocorre infiltração da placenta no miométrio;
- Placenta Percreta: quando ocorre sua infiltração além da serosa uterina e órgãos adjacentes.

» Conduta

- Programar resolução com 34 semanas nas pacientes com acretismo. Para as pacientes com placenta prévia sem sinais de acretismo ou placenta de inserção baixa, aguardar as 37 semanas para a resolução;
- Reserva sanguínea de 4 concentrado de hemácias;
- Equipe experiente;
- Incisão mediana;
- Histerotomia fúndica para a retirada do concepto;
- Na forte suspeita não se deve tentar retirar a placenta, mas partir direto para a histerectomia com a placenta in loco.
- Conservadora: visa preservar fertilidade e reduzir morbimortalidade materna;

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. SILVER, M. R.; **Abnormal Placentation: Placenta Prévia, Vasa Previa, and Placenta Previa Accreta.** Clinical Expert Series, Obstetrics and Gynecology, vol 126, nº 03, September, 2015.
2.
3. THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management.** Green-Top Guideline, nº 27, January, 2011.
4.
5. OPPENHEIMER, L.; *et al*. **Diagnosis and Management of Placenta Previa.** Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, vol 29, nº 03, March 2007.

Aprovação		
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Francisco Edson de Lucena Feitosa Divisão de Gestão do Cuidado	**Juliana de Lima Comaru** Serviço de Gestão da Qualidade	**Carlos Augusto Alencar Júnior** Gerência de Atenção à Saúde
Data: 16/8/17	Data: 11/08/2017	Data: 18/08/2017