

ACRETISMO PLACENTÁRIO

Educação e Saúde

Suênia Maria Silva de Medeiros¹; Everson Rener Marques dos Santos²; Raiza Ferreira de Assis³;
Sara da Nóbrega Cassiano⁴; Mariama Naara Féliz de Alencar Lima.⁵

¹ Acadêmica do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdades Integradas de Patos - FIP, irsuenia@hotmail.com

² Acadêmico do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdades Integradas de Patos – FIP, eversonrener@gmail.com

³ Acadêmica do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdades Integradas de Patos – FIP, assisraiza@gmail.com

⁴ Acadêmica do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdades Integradas de Patos -FIP, saranobrega23@gmail.com

⁵ Docente de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP, maryamanaara@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O Acretismo Placentário é uma denominação que se dá a placenta que se adere anormalmente a decídua ou à parede uterina caracterizando-se pela infiltração do tecido placentário tipicamente após o parto, onde a placenta se fixa na parede externa do útero chegando a atingir outros órgãos. No momento de retirar a placenta, parte pode ficar grudada no útero e provocar hemorragia, devendo assim retirar todo o resto, uma vez que sua formação corre em consequência a proliferação excessiva do trofoblasto, pois por meio deste, pode acarretar uma extensão de doenças dependendo do seu aprofundamento de invasão placentária que classificamos como: Placenta acreta = quando a placenta apenas adere ao miométrio, localizando na parte inferior, não promovendo invasão; Placenta increta = quando a invasão placentária acomete a parede muscular do útero e adere a todo o miométrio; placenta percreta = quando a invasão placentária ultrapassa o miométrio, e acomete a parede mais externa do útero, podendo invadir até mesmo órgãos vizinhos ao útero, como por exemplo, a bexiga ou o intestino. O Acretismo placentário não apresenta sintomas na gravidez, podendo apresentar apenas sangramento vaginal no terceiro trimestre da gravidez. “O fator de risco essencial para essa complicação obstétrica inclui idade, multiparidade, cesárias anteriores entre outros.” (TEODOROVECZ, 2015). Tendo em vista o impacto que essas alterações placentárias provocam após o parto, este estudo objetiva avaliar as complicações e expor os problemas que o Acretismo Placentário traz como consequências para as mulheres no final de sua gestação.

MATERIAIS E MÉTODOS: O método de estudo utilizado para o desenvolvimento dessa temática foi decorrente de um apanhado de caráter bibliográfico de natureza descritiva, sendo esta uma pesquisa de tipo revisão bibliográfica. Estudo feito no acervo bibliográfico das faculdades Integradas de Patos (FIP), bem como em livros, revistas eletrônicas e artigos científicos disponíveis em sites, disponíveis no Google Acadêmico, ScieELO e BIREME, indexados a rede de computadores mundial. Como critérios de exclusão – artigo de Língua estrangeira, artigos não condizentes com a temática abordada e os períodos de acesso de publicação estejam entre os anos de 2013 a 2017. Para análise de dados, foram identificadas 08 publicações científicas das quais foram extraídas 05 artigos científicos sujeitos a avaliação de confiabilidade dos autores e conteúdos expostos, cujas referências foram aceitas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), analisadas em estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A Placenta previa constitui entidade patológica de modalidade anômala de inserção da placenta e pode causar concomitantemente como o Acretismo placentário

nos casos de desenvolvimento precário da decídua, em geral, no seguimento uterino que compõem causas significativas de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Dentro de uma estrutura glandular temporária, a placenta se fixa na parede do útero que é responsável por fazer a ligação entre a mãe e a criança. Em uma gestação normal a placenta se desenvolve e penetra na camada endometrial do útero, mas em certos casos pode ocorrer que a placenta adentra de forma anormal, más profundamente, nas demais camadas uterinas. (FEITOSA, 2015).

Portanto, pode-se concluir que o Acretismo placentário está ligado a uma aderência anormal da placenta que se fixa na parede uterina com uma invasão mais profunda do útero. Quanto maior for a invasão da placenta no organismo da gestante, mas grave é considerado o Acretismo placentário, o que pode levar a gestante a ter complicações de natureza grave. Assim, fazer um diagnóstico pré-parto se torna essencial para o planejamento do tratamento ideal de uma portadora dessa sintomatologia, pois uma vez que este pode ser realizado por meio de exames ultrassonográfico.

Todavia, não se sabe exatamente o motivo da formação do Acretismo placentário, mas estudos demonstram estar relacionado as anormalidades do corpo do útero. O diagnóstico de Acretismo placentário pode ser realizado durante a gestação, com a realização de uma ultrassom e ressonância magnética, entre 20^a e 24^a semana do desenvolvimento embrionário. A doença não tem tratamento, mas quando identificada precocemente reduz os riscos para a mãe. É essencial ter um diagnóstico do Acretismo antes do parto, para que a equipe que realizara o procedimento possa se preparar e minimizar as complicações hemorrágicas que, em casos severos, pode causar a morte da paciente. (FEITOSA, 2015).

É importante ressaltar que é na hora da dequitação que pode ocorrer os grandes riscos para a mãe, uma vez que é nesse procedimento que vai acontecer a eliminação da placenta, após o parto. O processo de naturalidade se dar no desprender da placenta da parede uterina de forma fácil e natural, sem penetração anormal de risco tipo hemorragia durante sua remoção. Caso isto venha acontecer, requer cirurgia para conter sangramento e remover toda placenta evitando o agravo e a necessidade de uma histerectomia (retirada do útero), o que não descarta a possibilidade de evoluir para uma fatalidade. Nessa dinâmica de auto cuidado, pode a equipe manter-se em alerta para os casos em que pode vir ocorrer penetração excessiva nas porções mais baixa do útero, se o endométrio se encontrar numa dinâmica adelgado, lesado, fibrosado ou ausente, resultante numa placenta muito aderente, incapaz de deslocar durante o parto. Pois, pode ocorrer de numa situação de Acretismo placentário, o embrião aprofundar-se além da camada esponjosa e as vilosidades coriônicas placentárias se aderirem ao próprio miométrio. Não podemos esquecer que o Acretismo placentário, por meio da hemorragia se torna o grande responsável pela mortalidade materna o que vem a ser uma grande complicação, principalmente envolvendo os partos cesárias de caráter eletivo.

De acordo com a SOGESP (Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo), existem alguns fatores que podem aumentar os riscos do desenvolvimento do Acretismo placentário, tais como: Pré-existência de cicatrizes no corpo do útero; Idade materna avançada: o Acretismo placentário é mais comum em mulheres com idade maior do que 35 anos; Mulheres submetidas a cirurgias uterinas; Mulheres que já realizaram curetagem (raspagem do útero após aborto); Posição da placenta: existe um risco aumentado de Acretismo placentário quando a placenta recobre parcialmente ou totalmente o orifício interno do colo do útero ou quando ela está inserida na porção inferior do útero; Anormalidades uterinas: portadoras de miomatose uterina têm um risco aumentado para Acretismo placentário.

Não podemos deixar de ressaltar que apesar do Acretismo placentário não afetar o crescimento e o desenvolvimento do bebê de maneira direta, ele apresenta muitos riscos à mãe, principalmente durante o período do parto. Devido a isso, é essencial realizar o acompanhamento pré-natal e fazer um diagnóstico precoce do problema obstétrico por meio dos exames de imagens. É bom lembrar que uma vez confirmada o risco da gestante evoluir para um Acretismo placentário, se torna fundamental a presença de um médico obstetra de confiança na hora do parto, com uma equipe devidamente apta e, de preferência, em um hospital que disponha de UTI materna e banco de sangue compatível disponível. Para que a assistência aconteça de forma imediata em prol de salvar a vida da mãe portadora dessa problemática obstétrica. Uma vez constatada essa anormalidade será adotada a conduta de antecipação do parto Cesário na 35ª semana com muita possibilidade de que a mulher possa sofrer a histerectomia total abdominal sempre com uma equipe multidisciplinar durante o procedimento. (TEODOROVECZ, 2015).

Ocorrendo a descoberta durante a gestação, orienta-se que a gravida não pratique atividades físicas intensas, mantenha hábitos cotidianos normais (dirigir e trabalhar). Ocorrendo sangramento, manter repouso absoluto, em caso de agrava procurar serviços médicos hospitalar (maternidade) e fica a critério médico a internação.

CONCLUSÕES: Uma vez abordada essa temática de Acretismo placentário, podemos finalizar dizendo que esse é um grave problema para as mulheres portadoras, que já foram vítimas de cirurgias cesarianas, cicatrizes de útero, e aquelas em que as placentas se concentram na parte inferior do útero (inserção). Pois se trata de uma gravidade ocasionada por lesões das artérias uterinas e compete ao serviço de saúde capacitar sua equipe para enfrentar quando necessário esse problema de nível grave, tendo todo um embasamento em conhecimentos científicos aptos a salvar vidas. Que os profissionais sejam motivadores e adeptos ao parto natural e humanizado para que se evite futuras dificuldades e negligências médicas por falta de conhecimento e embasamento teórico. Que seja uma equipe rápida, segura e equilibrada porque em um minuto, a falta de uma assistência, uma complicação pode se ter uma morte materna.

Palavras-Chave: placenta acreta – hemorragia – gestante – placenta previa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. FEITOSA, Helvécio Neves et al. Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem Acretismo em maternidade terciária. 2015
2. MUÑIZ RIZO, Milagros Eusébio; ÁLVAREZ PONCE, Vivian Asunción; FELIPE CUTIÉ, Wendy. Acretismo placentário. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 41, n. 2, p. 190-196, 2015.
3. TEODOROVECZ, Daiana et al. ACRETISMO PLACENTÁRIO. **Revista do Curso de Enfermagem**, v. 1, n. 01, 2015.
4. HAGHENBECK-ALTAMIRANO, Francisco Javier et al. Diagnóstico antenatal de acretismo-percricetismo placentário. **Ginecol Obstet Mex**, v. 81, p. 259-271, 2013.
5. PEREIRA, Maria Francisca Azevedo Marques. O valor diagnóstico da ecografia no Acretismo placentário. 2014.