
Deslocamento prematuro de placenta e período puerperal

ADILSON LOPES CARDOSO (UNINGÁ)¹
JAQUELINE MARIA FADONI (G-UNINGÁ)²
ROSELI ORDIG (G-UNINGÁ)²

RESUMO

Este artigo foi baseado em um estudo de caso, realizado em uma instituição filantrópica da cidade de Maringá – PR, durante o estágio curricular de Saúde da Mulher II, do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ. O estudo aborda o caso de uma paciente, que durante a gestação apresentou descolamento prematuro de placenta (DPP). A mesma foi acompanhada desde a última semana de gestação até o período puerperal, realizou parto cesárea, fazendo uso das seguintes medicações: no pré-operatório: buscopan composto, plasil, glicose 25%; no pós-operatório: dipirona, voltarem, plasil, fenergan. Diante do quadro apresentado foi elaborado um plano de assistência de enfermagem para o pós-operatório. O trabalho tem como objetivo, esclarecer o DPP que é tão comum, sendo uma das principais causas de aborto espontâneo, e também sobre o período puerperal, no qual é um momento muito importante para a gestante.

Palavras-chave: Deslocamento placenta. Período Puerperal.

INTRODUÇÃO

O presente artigo foi realizado durante o estágio curricular de Saúde da Mulher II, pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ, em uma instituição filantrópica da cidade de Maringá – PR, no setor da maternidade. Trata-se de um estudo de caso,

¹Professor Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ - e-mail: cardosolc@uol.com.br

²Acadêmicas do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá – UNINGÁ

baseado em uma paciente com história de descolamento prematuro de placenta (DPP), durante a gestação, no qual foi acompanhada até o momento puerperal. No decorrer desse trabalho podemos esclarecer sobre o DPP sendo uma patologia comum e uma das principais causas de aborto espontâneo, além do período puerperal, sendo momento de extrema importância para a gestante.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

História do Paciente

Paciente do sexo feminino, 22 anos, com menarca aos 17 anos e ciclo menstrual de 28/28 dias/média, gesta I, com data da última menstruação (DUM) em 06/09/03, e data provável do parto, para 16/06/04. Após sentir dor na região lombo-sacral, foi detectado através de um exame de ultra-sonografia o DPP, a paciente não chegou a entrar em trabalho de parto, porém apresentou bradicardia fetal antes do parto, realizado parto cesária, com é indicado nesse tipo de caso. A mesma fez uso das seguintes medicações: no pré-operatório: buscopan composto, plasil, glicose 25%; e no pós-operatório: dipirona, voltaren, plasil, fenegan.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

Conceito

O descolamento prematuro de placenta denota separação precoce da placenta da parede uterina, de forma parcial ou completa e com variações em seu grau. “Separação do seio marginal” e “ruptura do seio marginal” são termos usados para descrever o sangramento numa gestação em que o diagnóstico de implantação anormal da placenta ou o descolamento não havia sido feito. Estes pacientes geralmente não exibem comprometimento materno ou fetal. O sangramento vaginal resolve-se sem explicação, não há dor ou contração uterina e o prognóstico é bom.

Causas

Os fatores de risco incluem a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), tabagismo, abuso de substâncias (principalmente cocaína e álcool), trauma, hiperdistensão uterina e história anterior de DPP. Gestações com elevação inexplicável de MSAFP também demonstram um aumento de risco para o DPP, assim como as gestações de pacientes com anormalidades metabólicas na qual uma disfunção ou insuficiência placentária está presente e, por fim, pacientes com complicações tromboembólicas durante a gestação.

Fisiopatologia

A fisiopatologia do DPP parece ser multifatorial. Traumas fechados de abdome podem levar à separação da placenta da parede uterina, ocorrendo uma hemorragia retroplacentária. Gestantes vítimas de graves acidentes automobilísticos têm maior probabilidade de ter um DPP, principalmente porque os cintos de segurança não são utilizados por estas pacientes, uma vez que causam desconforto na região abdominal. Desaceleração rápida sem trauma direto também pode ser causa de DPP.

O risco de prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino e óbito fetal estão aumentados na vigência de DPP. O risco de óbito fetal é proporcional ao grau de separação, mas o risco de parto prematuro devido à irritabilidade uterina está presente mesmo nos menores graus de separação. A prematuridade está aumentada devido a parto pré-termo iatrogênico.

O sangramento do DPP pode resultar em hemorragia visível, líquido amniótico hemorrágico, ou pode ficar retido em forma de coágulo retroplacentário. O sangramento para o miométrio resulta em “apoplexia útero-placentária” ou “Otero de Couvelaire”, o qual pode ou não contrair-se efetivamente e pode ocasionar hemorragia pós-parto. Uma coagulopatia pode se desenvolver devido ao consumo de fatores de coagulação pelo sangramento extravascular ou por uma CIVD. A separação da placenta está também associada à liberação de substâncias que exacerbam e disparam a cascata de coagulação.

Quadro clínico

O sintoma típico do DPP é a dor. A dor pode variar de uma leve cãibra a contrações de grande intensidade. As pacientes com DPP posterior podem também reclamar de dor em região lombo-sacral.

Embora as gestantes que apresentam DPP secundário a trauma, normalmente queixam-se de dor sem a presença de sangramento vaginal visível (hemorragia oculta), a maioria das pacientes com DPP de outras causas apresentam algum grau de sangramento vaginal. A quantidade de sangue esteriorizado, no entanto, pode não refletir a perda real de sangue pela paciente. O sangue tem normalmente uma coloração escura, por ter ficado retido atrás das membranas, o sangramento pode apresentar-se, também, por um líquido amniótico rico em sangue. Se uma hemorragia é notada no momento da ruptura da bolsa amniótica, deve-se considerar a ocorrência de vasa prévia.

Diagnóstico

A sintomatologia inconfundível torna o diagnóstico, as mais vezes, incontroverso. Há de ser afastada, porém a placenta prévia, que se distingue pelas características da hemorragia (indolor e de repetição), presença dos batimentos cardíacos e percepção de tecido palcentário, ao toque. Ter-se-á presente a rara possibilidade do prolapso da placenta, descolada do fundus e simulando inserção baixa. O diagnóstico diferencial cogitará do discri-me com a rotura uterina (hemorragia, decesso fetal e choque), o polidrâmnio agudo, a prenhez ectópica avançada, e algumas síndromes de sofrimento de vísceras abdominais, em gestantes, que nem pelo fato de serem incomuns deixarão de ser consideradas.

Tratamento

Embora pacientes estáveis com um pequeno e parcial descolamento e idade gestacional mais inicial podem ser conduzidas com sucesso por um tratamento conservador ou com hemorragia em curso.

O parto normal eficiente é indicado para pacientes que apresentam tanto um feto vivo, quanto morto. Se a paciente tem restabelecimento do traçado fetal e está em trabalho de parto ativo de progressão rápida, um parto vaginal é permitido. Entretanto, o parto operatório é indicado na ocorrência de qualquer demonstração de intolerância fetal ao trabalho de parto numa gestante em que o parto vaginal não é iminente. Se o TP(Trabalho de Parto) segue adiante, uma amniotomia deve ser feita para diminuir o tempo até o parto. A amniotomia é também recomendada por alguns profissionais como uma medida preventiva para embolia de líquido amniótico. A inserção de um cateter de pressão intra-uterino pode auxiliar na detecção de tônus uterino elevado, situação que freqüentemente implica em descompensação do status fetal. Se o TP não

progredir rapidamente para o parto vaginal, um parto cesárea deve ser realizado, dado o alto risco para o feto.

Nas pacientes que apresentam DPP grave e morte fetal o progresso do trabalho de parto deve ser permitido enquanto em condições adequadas e em estabilidade materna. Nesta circunstância um parto vaginal tem preferência, em termos de risco. Embora o trabalho de parto seja normalmente hipertônico no DPP, pode também ser hipotônico. O uso de ocitócitos não é contra-indicado, mas deve ser feito com critério e sempre com o monitoramento da pressão intra-uterina. As indicações para parto operatório com óbito fetal incluem outras indicações maternas para o parto cesárea, trabalho de parto prolongado e hemorragia importante que não é compensada por transfusão sanguínea.

PERÍODO DO PUERPÉRIO

O puerpério é o pós-parto, e o período cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinados pela gestação no organismo materno retornam às condições normais.

No puerpério, adaptações fisiológicas e comportamentais complexas ocorrem nas mulheres e estão caracterizadas:

- pela regressão das modificações anátomo-fisiológicas que se produzem durante a gestação e o parto (fenômenos involutivos);
- pelo estabelecimento da lactação (fenômeno progressivo);
- pela adaptação psicológica da mãe;
- pelo estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

O período do puerpério pode ser dividido em 3 períodos distintos:

Puerpério imediato: tem início logo após a dequitação e se estende até o 10º dia pós-parto. Está caracterizado pelo predomínio da crise genital, onde prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas na gestação, bem como pelas alterações gerais referentes à regressão das modificações determinadas pela gravidez.

Puerpério tardio: vai do 11º dia até o 45º dia. É o período de transição entre a fase da crise e da recuperação genital, mitigando a primeira e ganhando impulso a segunda, especialmente nas mulheres não lactentes.

Puerpério remoto: é o período de duração imprecisa, que tem início no 46º dia e se estende até a completa recuperação das alterações

determinadas pela gestação e parto, e o retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais.

Fenômenos puerperais

Involução Uterina: a diminuição do útero é denominada de involução. Logo após a expulsão da placenta, o útero começa a contrair-se intensamente, tornando-se endurecido e globoso, podendo ser apalpado na linha média entre a cicatriz umbilical e a sínfese púbica. Após algumas horas ele atinge a altura da cicatriz umbilical e permanece por 24 a 48 horas. Nos dias subseqüentes, o útero sofre uma rápida redução do tamanho e de peso. Até o 10º dia o útero é um órgão abdominal, depois retorna à cavidade pélvica retomando sua posição original e suas dimensões anteriores a gestação.

A involução uterina tem como causa principal a repentina queda dos níveis de estrogênio e progesterona, que desencadeia a liberação de enzimas proteolíticas do endométrio. A velocidade desse processo involutivo sofre influência de determinadas condições, podendo ser mais lenta em situações nas quais ocorreram grandes distensões durante a gestação (polidrâmio, gemelaridade), pós-cesárea, nas puérperas não lactentes e na ocorrência de casos infecciosos.

Loquiação: as perdas que escoam pelo trato vaginal após o parto são designadas de lóquios. Constituem-se em secreções resultantes da produção de exsudados e transudatos misturados com elementos celulares descamados e sangue, que procedem da ferida placentária, do colo uterino e da vagina.

Existem variações fisiológicas na quantidade e características dos lóquios (principalmente na cor), de acordo com o período puerperal. Deste modo, os mesmos podem ser classificados em três tipos:

- Vermelhos ou sanguinolentos, presente nos 3 a 4 dias, constituindo-se de sangue, tecido decidual necrosado e células epiteliais. Geralmente a quantidade é semelhante à do fluxo menstrual.
- Serosanguinolentos, presentes no 3º/4º dias até o 10º. Sua coloração passa para rósea/acastanhada resultante de alterações de hemoglobina, diminuição do número de hemácias e elevação dos leucócitos.
- Serosos, são observados após o décimo dia, podendo se estender até a 5º/6º semana e assumem coloração amarelada ou branca.

Os lóquios possuem odor característico, sendo descrito como semelhante ao do sangue menstrual, constituindo-se o odor fétido, sugestivo de infecção.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através deste estudo, traçamos um plano de cuidados, levantando em conta o período gestacional, devido ao DPP a paciente recebeu orientações medicamentosas e outras como, repouso absoluto, abstinência de relações sexuais, ficar atenta aos sinais de início de aborto, assim como sintomas de trabalho de parto, e no período puerperal foi levantado os problemas de enfermagem e proposto soluções, como descrito abaixo.

Problemas de enfermagem

- Incisão cirúrgica em região supra-púbica: devido ter sido um parto cesariana, a incisão constitui uma porta de entrada para infecções se não for bem cuidada.

- Lóquios rubros em grande quantidade: constituem-se em secreções resultantes da produção de exsudados e transudados misturados com elementos celulares descamados de sangue, que procedem da ferida placentária, do colo uterino e da vagina.

- Distensão abdominal: logo após o parto, com o esvaziamento do útero, o estômago, o intestino delgado e o cólon retornam à posição anatômica normal, favorecendo o esvaziamento mais rápido do estômago e a normalização das funções gastrointestinais. Mesmo assim, neste período é frequente a ocorrência da obstipação intestinal.

- Bradicardia fetal: o descolamento prematuro da placenta diminui a circulação fetal causando bradicardia fetal que indica sofrimento fetal.

- Jejum pós-operatório: o jejum pré e pós-operatório é indicado, pois o desconforto gastrointestinal e a retomada da ingestão oral são aspectos importantes tanto para o paciente quanto para a enfermeira. As náuseas e os vômitos são comuns após a anestesia; outras causas de vômitos pós-operatórios incluem a acumulação de líquido no estômago, a inflação do estômago e a ingestão de alimento e líquido antes de a peristalse retornar.

- Cólicas: devido ao acúmulo de gases pós-operatório, pela diminuição da motilidade uterina.

Prescrição de enfermagem

- Verificar SSVV de 6/6 horas: os sinais vitais são indicadores de mudanças no estado geral do paciente.

- Encaminhar ao banho de aspersão pela manhã: proporciona conforto, remove odores e sujidades e ainda favorece a transpiração.
- Realizar curativo em incisão cirúrgica uma vez ao dia ou mais se necessário: diminui risco de infecção, facilita a cicatrização, remove secreções, protege contra traumatismos.
- Observar lóquios e manter penso para controle de perdas vaginais três vezes ao dia: a fim de observar sinais de hemorragia ou infecção, através de odor, volume etc.
- Encaminha a higiene oral após cada refeição: evita halitose e proporciona conforto ao paciente, evita cárie dental e gengivite.
- Observar involução uterina uma vez ao dia: a fim de observar se está ou não havendo a involução uterina como deveria de acordo com o globo de segurança de Pinard.
- Observar e anotar diurese e evacuações a cada período: a fim de observar se há constipação, anúria ou se está tudo normal.
- Estimular deambulação precoce: ativa circulação melhora o trabalho do intestino, ajuda a eliminar gases diminuindo assim as cólicas e distensão abdominal e ainda ajuda na prevenção de trombose venosa profunda.

CONCLUSÃO

Através deste artigo, pode ser discutido dois importantes assuntos, o Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e o Período Puerperal. Concluimos, que o DPP é um importante fator de morte intra-útero, necessitando cuidados essenciais e indispensáveis como: repouso, abstinência de relação sexual, orientação quanto aos sinais de hemorragia e aborto, entre outras, como detalhado no presente trabalho, e ainda sobre o período puerperal, no qual a mulher se sente mais sensível, necessitando assim de cuidados, não somente relacionados à patologia, como também ao emocional. Este trabalho é de grande importância, para um melhor entendimento sobre um dos fenômenos que podem ocorrer durante uma gestação.

REFERÊNCIAS

BRUNNER ; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DEITCHAMAN, Mark; EISINGER, Steve; KELBER, Mike.
Complicações no primeiro trimestre da gestação. Curitiba: Also, 2001.

KAWAMOTO, Emilia Emi; FORTES, Julia Ikeda. **Fundamentos de enfermagem.** São Paulo: E.P.U.,2001.

OLIVEIRA, Maria Amélia de; MONTICELLI, Maria; SANTOS, Odália Maria Buiggilmanna , organizadoras. **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais.** Florianópolis: UFSC, CCS,1999.

POSSO, Maria Belén Salazar. **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2004.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1998.

Guia de remédios. Disponível em
<http://www2.uol.com.br/remedios/indice.htm>. Acesso em: 02 de julho de 2004.

