



ACRETISMO PLACENTÁRIO E SUAS COMPLICAÇÕES: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Kelly de Lima e Silva¹, José Joceilson Cruz de Assis², Leticia Thais Silva do Nascimento³, Cleonice de Macedo Lopes Silva³, Francisco de Oliveira da Silva⁴, José de Oliveira da Silva⁵, Francisca Maria da Silva⁶, Priscila Luiza dos Santos⁷, Vinícius Couto de Albuquerque Melo⁸, Bianca Rodrigues Neto⁹, Whanderson Diego Aguiar Pinheiro¹, Sthephanie Fliter⁹, Marcos Vinicius de Souza¹⁰, Vitória Ferreira Marinho¹¹, Bianca Thaís Silva do Nascimento¹²

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Este artigo tem por objetivo realizar uma varredura da literatura em ciências da saúde visando evidenciar as complicações relacionadas ao acretismo placentário. Foram utilizadas as bases de dados indexadas na BVS: MEDLINE, SciELO, BDENF-Enfermagem e LILACS, através do uso de descritores provenientes do DeCS: “complicações na Gravidez”, “placenta prévia”, “hemorragia uterina” e “mortalidade materna”, com o auxílio do operador booleano “AND”. Conclui-se que é necessário a expertise da equipe de assistência à gestante visando o diagnóstico precoce e o manejo cuidadoso que pode ajudar a reduzir o impacto das complicações associadas ao AP tanto para a mãe quanto para o bebê.

Palavras-chave: Acretismos placentário, complicações na gravidez, hemorragia uterina, placenta prévia, mortalidade materna.

PLACENTAL ACCRETA AND ITS COMPLICATIONS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

This article aims to scan the literature in health sciences in order to highlight the complications related to placental accreta. Databases indexed in the VHL were used: MEDLINE, SciELO, BDEF-Enfermagem and LILACS, using descriptors from the DeCS: “pregnancy complications”, “placenta previa”, “uterine hemorrhage” and “maternal mortality”, with the help of the Boolean operator “AND”. It is concluded that the expertise of the pregnant care team is necessary, aiming for early diagnosis and careful management that can help reduce the impact of complications associated with AP for both the mother and the baby.

Keywords: Placental accreta, pregnancy complications, uterine hemorrhage, placenta previa, maternal mortality.

Instituição afiliada – Graduandos em Medicina pela Faculdade AGES 1, Médico Especialista em Emergências Pediátricas e Neonatal. Instituto Brasileiro de Ciências Médicas - IBCMED 2. Graduandas em Enfermagem. Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES/UNITA 3. Doutorando em Psicologia pelo Centro Internacional de Pesquisas Integralize de Florianópolis - Santa Catarina 4. Doutorando em Música e Educação pelo Centro Internacional de Pesquisas Integralize de Florianópolis - Santa Catarina 5. Doutoranda em Pedagogia pelo Centro Internacional de Pesquisas Integralize de Florianópolis - Santa Catarina 6. Graduanda em Medicina pela Faculdade Santa Marcelina 7. Médico pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL) 8. Graduandas em Medicina pela Universidade Santo Amaro 9. Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí – UFPI e Residente em Cardiologia - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco – PROCAPE 10. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri – Urca 11. Docente Universitária na Universidade Paulista Campus Caruaru-PE, Enfermeira Pós-graduanda em Obstetrícia pelo grupo CEFAPP 12.

Dados da publicação: Artigo recebido em 29 de Janeiro e publicado em 19 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1574-1586>

Autor correspondente: Bianca Thaís Silva do Nascimento - biancathais2009@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Hemorragias da segunda metade da gestação são as principais causas de internação do período gravídico, destacando-se o Descolamento Prematuro de Placenta (DPP), Placenta Prévia (PP), Ruptura Uterina (RU), Ruptura de Vasa Prévia (RVP) e ruptura do seio marginal, o que eleva a morbimortalidade materna e perinatal, sendo relacionada à altos índices de prematuridade neonatal (Mourão., *et al*, 2019).

A Placenta prévia atinge 1 a cada 200 gestações que chegam ao 3º trimestre (Acauan Filho., *et al*, 2011). É definida quando o tecido placentário total ou parcialmente inserido no segmento inferior do útero se estende sobre o orifício cervical interno, de forma parcial ou total, após 28 semanas de gestação, considerando-se como um dos principais fatores que induzem ao desenvolvimento de acrestismo placentário (AP) (Silver, 2015).

O AP trata-se de uma complicação que pode ocorrer durante a gestação, quando a placenta adere de forma anormal a parede uterina, caracterizado pela infiltração do tecido placentário a uma invasão mais profunda do útero, em casos mais graves atinge órgãos adjacentes (Teodorovecz., *et al*, 2012).

A hemorragia pode ocorrer no momento da retirada da placenta. Durante o parto, a placenta geralmente se desprende da parede uterina de forma relativamente fácil, porém em parturientes que possuem o AP onde a placenta apresenta penetração anormal há um risco maior de hemorragia durante a sua remoção (Bautista-Gómez., *et al*, 2011).

Nos quadros de AP pode-se observar uma penetração placentária excessiva nas porções mais baixas do útero, assim como nas áreas em que o endométrio estiver adelgado, lesado, fibrosado ou ausente, determinando uma placenta muito aderida e incapaz de descolar durante o parto vaginal de forma espontânea (Teodorovecz., *et al*, 2012).

Intervenção cirúrgica é necessária nos casos de AP para conter o sangramento e a remoção total da placenta, ressaltando que em formas graves podem frequentemente levar a uma histerectomia e ao óbito materno quando a assistência se torna falha na detecção precoce e/ou falha de conduta (Camargo; Almeida, 2021). Nesse contexto,

esta pesquisa objetiva evidenciar as complicações relacionadas ao acretismo placentário.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um método de pesquisa que busca reunir, sintetizar conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Sousa., *et al*, 2017).

A elaboração do estudo foi organizada respeitando as seguintes etapas: definição da questão norteadora; objetivo da pesquisa; pesquisa literária; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações; coleta de dados por meio de instrumento de pesquisa; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados apurados.

Esta pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de alcançar respostas ao seguinte questionamento: “Quais são as complicações do acretismo placentário para a saúde materna? ”. A busca foi realizada por meio de consultas nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), BDNF-Enfermagem e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram realizados o cruzamento dos descritores em português cadastrados em Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “complicações na Gravidez”, “placenta prévia”, “hemorragia uterina” e “mortalidade materna”, utilizaram-se as ferramentas de busca avançada e os descritores foram combinados através do operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos completos disponibilizados de forma gratuita e na íntegra, em português, inglês e/ou espanhol, publicados no período de 2018 a 2024. Artigos duplicados, de acesso indisponível e que não se adequam ao objetivo da atual revisão foram desconsiderados.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2024 através de instrumento validado por Ursi (Ursi; Gavão, 2006), que contemplou título, ano de publicação, autores, periódico, local de publicação, nível de evidência e principais resultados dos artigos selecionados.

Ademais, realizou-se a análise crítica dos artigos selecionados, discussão e apresentação dos resultados, através da observação e categorização temática do

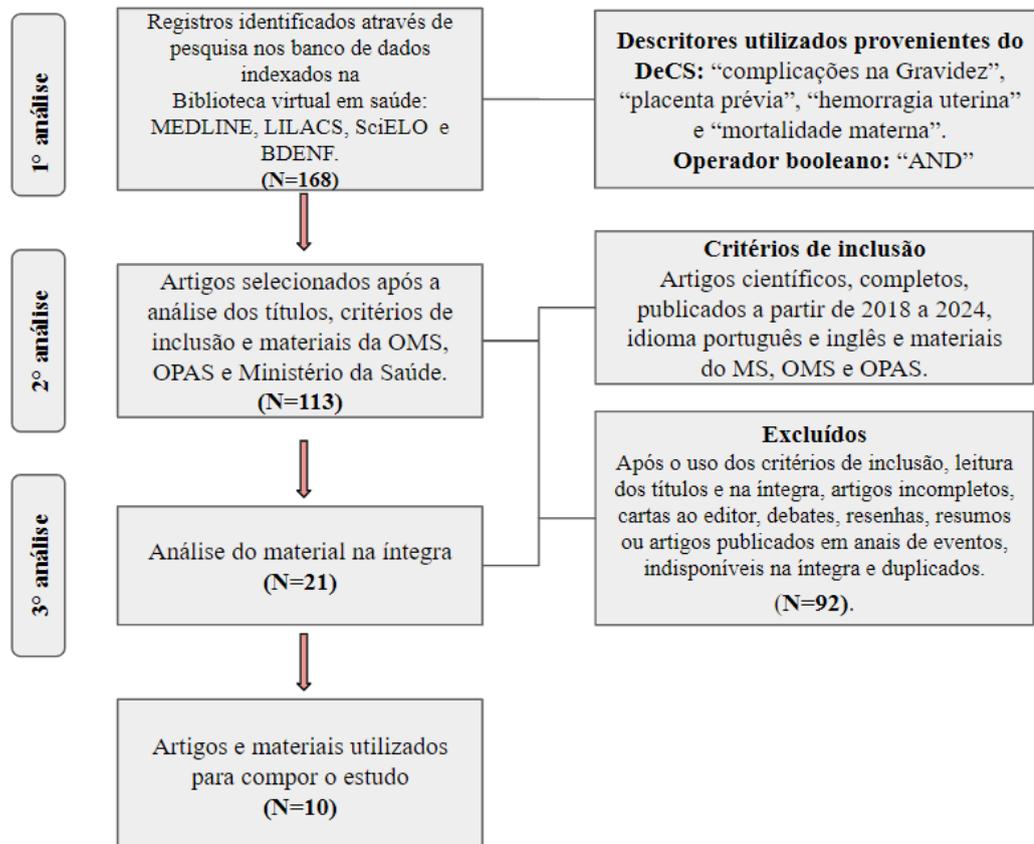
conteúdo de maneira descritiva e com o objetivo de pontuar os itens mais relevantes e as lacunas encontradas pelo estudo.

RESULTADOS

Para compor a revisão, foram analisados 21 artigos, identificados através das etapas representadas pelo fluxograma 1, construído de forma a facilitar a visualização da busca e amostragem na literatura.

Assim, com base nos cruzamentos em pares entre os descritores, foram encontrados de início um total de 168 artigos nas cinco bases de dados utilizadas, que foram submetidos aos critérios de inclusão estabelecidos, a exclusão de títulos, resumos, artigos duplicados e artigos que não se adequam ao objetivo proposto ou que não se encontravam disponíveis para leitura, resultando nos artigos indicados no quadro 1.

Fluxograma 1: Fluxograma de operacionalização para seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.



FONTE: Autoria própria.

O quadro 1 reúne os artigos analisados e sua caracterização: título, ano, autores,

objetivo e conclusão.

Quadro1. Caracterização dos artigos selecionados para análise, segundo título, autores, objetivo e conclusão.

TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
Placenta precreta: relato de caso	Barreto; farias; santos, 2018.	Mostrar a importância da realização do diagnóstico precoce a fim de evitar as complicações decorrentes dessa entidade.	A maioria dos casos se apresenta de forma assintomática, mas deve-se suspeitar sempre que fatores de risco estão presentes, pois não há relatos de uma síndrome clínica característica, sendo muitas vezes, o diagnóstico, postergado e realizado apenas durante o parto, como o caso da paciente em questão
Caracterização epidemiológica e clínica de pacientes com acretismo placentário / caracterização epidemiológica e clínica dos pacientes com acretismo placentário	Laria, 2019.	Determinar as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com diagnóstico de acretismo placentário	Pacientes com acretismo placentário tinham idade média de 31 anos, status união estável, etnia ladina, ensino fundamental, multipara, com histórico de cesárea e O achado histopatológico mais frequente foi placenta acreta; a maioria deles apresentou choque hipovolêmico
A enfermagem diante o acretismo placentário.	Camargo; almeida, 2021.	Descrever a atuação dos profissionais de enfermagem	A necessidade de comprometimento do enfermeiro perante o



		Diante o acretismo placentário.	tema abordado, uma vez que, este profissional possui contato direto com as pacientes durante o pré-natal e está à frente das intervenções necessárias para obtenção dos resultados esperados.
Acretismo placentário: placenta percreta.	Moraes., et al, 2021.	alertar os profissionais de saúde sobre a gravidade desta patologia e a importância do diagnóstico precoce do acretismo placentário para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.	Os profissionais de saúde devem atentar-se sobre a gravidade da placenta percreta e a importância do diagnóstico precoce do acretismo placentário.
Protocolo institucional em gestantes com espectro do Acretismo placentário em hospital de nível terciário.	Godinho, 2022.	Elaboração do protocolo institucional para gestantes com suspeita do espectro em um hospital terciário.	Realizar uma revisão da literatura para estabelecer um protocolo em um serviço terciário, analisando desde a melhor metodologia diagnóstica, como o melhor momento de resolução da gestação, além de definição de tipo de anestesia, realização de intervenção pela urologia, realização ou não de histerectomia, assim como associação

			ou não de procedimentos endovasculares.
Acretismo placentário de diagnóstico tardio: relato de caso	Tannure; Aragão; Tannure, 2019.	Apresentar e discutir um caso de acretismo placentário de diagnóstico tardio e analisar os aspectos evolutivos da doença em Face aos dados provenientes do conhecimento corrente na matéria.	A avaliação individualizada, incorporando racionalmente novas tecnologias, possibilita a condução de um tratamento que viabilize a preservação da fertilidade, se houver possibilidade, e a prevenção de possíveis complicações futuras
Acretismo placentar: fatores de risco, diagnóstico e abordagem clínica	Birsanu, 2023.	Sintetizar o conhecimento disponível sobre o acretismo placentar, a sua epidemiologia, fisiopatologia, métodos de diagnóstico, e atitudes terapêuticas.	É necessária a realização de mais estudos prospectivos com metodologia homogênea para consolidar a evidência existente e permitir um melhor seguimento e tratamento das gestações complicadas por acretismo placentário.
Cesariana de gestante com placenta prévia e acretismo seguido de histerectomia devido sangramento maciço	Loureiro., <i>et al</i> , 2021.	Relatar o caso de uma gestante múltipara, com 3 cesáreas anteriores e diagnóstico de placenta prévia com acretismo submetida a cesariana seguido de histerectomia devido	O acretismo placentária figura entre um dos grandes desafios anestésicos e obstétricos, necessitando de um manejo cuidadoso. Aspectos como o adequado preparo do

		sangramento maciço.	paciente, escolha do método anestésico mais seguro, bem como a otimização no tratamento são cruciais para minimizar o risco de morbimortalidade materna.
Acretismo placentário: cesárea–histerectomia uma serie de casos	Evangelista., <i>et al</i> , 2021.	: avaliar a intervenção Cirúrgica cesárea/histerectomia (placenta in loco) como resolução saudável binômio materno-fetal	Uma boa conduta diante do acretismo com diagnóstico prévio através usg e doppler, planejamento de parto em centro de referência (reserva de hemoconcentrados e uti) com equipe experiente e multidisciplinar tem o poder de mudar o prognóstico.

FONTE: Autoria própria.

DISCUSSÃO

A implantação placentária é classificada de acordo com a proximidade com o colo uterino em placenta prévia: centro-total quando recobre o orifício interno do colo do útero; centro-parcial quando recobre parcialmente o orifício interno; marginal quando margeia o orifício interno do colo do útero; e lateral distando até 7 cm do orifício interno do colo (Barreto; De Farias; Dos Santos, 2018).

O AP mais frequente na placenta prévia centro-total em relação as demais consiste na placenta percreta, a qual ultrapassa o miométrio e se adere a porção serosa uterina anterior, o peritônio visceral, envolvendo a bexiga ou vasos pélvicos, sendo uma condição potencialmente importante para complicações, resultando em 9,5% de mortalidade materna e 24% de mortalidade perinatal (Laria, 2019).

A placenta percreta é uma complicação obstétrica com risco de morte elevada. Considerando que o diagnóstico é normalmente constatado quando são realizadas tentativas para separar a placenta aderente à bexiga, as tentativas de remoção manuais podem agravar o problema promovendo graves hemorragias periparto, de difícil controle e por vezes, sendo necessário a realização intervenção cirúrgica como a histerectomia, para preservar a vida materna (Camargo; Almeida, 2021).

Dentre as principais complicações associadas ao período gestacional, o AP pode causar sangramento vaginal, dor abdominal e crescimento fetal restrito. No parto, pode levar a hemorragias graves devido à dificuldade em remover a placenta, aumentando o risco de histerectomia de emergência e no pós-parto, o AP eleva o risco de complicações associadas a infecções uterinas, coágulos sanguíneos e necessidade de transfusões sanguíneas (Moraes., *et al*, 2021).

A incidência do AP está relacionado a placenta prévia após gestações anteriores de parto cesariano, tendo como fatores de risco: idade materna avançada ocasionado pelo dano progressivo ao endométrio desencadeando na inadequação da perfusão útero-placentária; multiparidade podendo apresentar deficiência da camada decídua, causada por trauma do endométrio na cesariana, na extração de restos placentários retidos ou mesmo em curetagens uterinas resultaria no implante anormal da placenta em gestações futuras; uso de drogas ilícitas, tabagismo e cicatrizes uterinas devido a cesarianas repetitivas (Godinho, 2022).

O diagnóstico do AP é frequentemente realizado pela ultrassonografia transvaginal idealmente entre 20 - 24 semanas de gestação nas pacientes que possuem fatores de risco e no pré-parto. Quando há suspeitas e necessidade de confirmar o diagnóstico é solicitado a ressonância magnética, principalmente quando a implantação da placenta se apresenta em disposição posterior (Tannure; Aragão; Tannure, 2019).

A fim de reduzir a morbimortalidade do feto e da mãe, o início precoce do tratamento é de extrema relevância, podendo ser realizados procedimentos como: embolização das artérias uterinas, cesariana com histerectomia e intervenção com conservação do útero. Abordagens conservadoras ou expectantes deve ser rara e considerada individualmente, entre outros (Birsanu, 2023).

Após a intervenção cirúrgica é necessário a monitorização hemodinâmica

intensiva no período pós-operatório precoce, comumente ofertado em uma unidade de terapia intensiva, visando garantir a estabilização hemodinâmica e hemorrágica, devido ao risco de sangramento abdominopélvico contínuo, potencial danos a vários órgãos devido à perda sanguínea (Loureiro., *et al*, 2021).

O prognóstico depende da gravidade do AP e da resposta ao tratamento, porém esta condição pode aumentar o risco de complicações graves e até a mortalidade materna em casos extremos (Evangelista., *et al*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o contexto, é fundamental que as mulheres em risco de AP recebam acompanhamento pré-natal adequado e sejam tratadas em centros médicos que possuam a expertise necessária para lidar com essa condição complexa.

Assim, o diagnóstico precoce e o manejo cuidadoso podem ajudar a reduzir o impacto das complicações associadas ao AP tanto para a mãe quanto para o bebê.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN FILHO, Breno José et al. **Obstetrícia de plantão: da sala de admissão ao pós-parto**. EDIPUCRS, 2012.
- BARRETO, Tiago Guimarães Gómez; DE FARIA, Iago Akel; DOS SANTOS, Isabela Arcipretti Brait. PLACENTA PRECRETA: RELATO DE CASO. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 4, p. 175-180, 2018.
- BAUTISTA-GÓMEZ, Esperanza et al. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. **Ginecología y Obstetricia de México**, v. 79, n. 5, 2011.
- BIRSANU, Madalina. **ACRETISMO PLACENTAR: FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM CLÍNICA**. 2023. Dissertação de Mestrado.
- CAMARGO, JS de O.; ALMEIDA, Maria Clara. A enfermagem diante o acretismo placentário. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Fait**, v. 1, p. 1-11, 2021.
- CASES, A. SERIES OF. ACRETISMO PLACENTÁRIO: CESÁREA–HISTERECTOMIA UMA SERIE DE CASOS. **EQUIPE EDITORIAL**, p. 38, 2021.
- DE OLIVEIRA GODINHO, Larissa Mariz. Protocolo institucional em gestantes com espectro do acretismo placentário em hospital de nível terciário. 2023.



- DE SOUSA, Luís Manuel Mota et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 17-26, 2017.
- LARIA, Ángel Ebelio Yos. **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON ACRETISMO PLACENTARIO**. 2019. Tese de Doutorado. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- LOUREIRO, Renan Cesar et al. Cesariana de gestante com placenta prévia e acretismo seguido de histerectomia devido sangramento maciço. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5787-e5787, 2021.
- MORAES, Helaine Bueno et al. ACRETISMO PLACENTÁRIO: PLACENTA PERCRETA. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 8, n. 1, p. 8-10, 2021.
- MOURÃO, Luana Feitosa et al. Internações em UTI por causas obstétricas. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 304-345, 2019.
- SILVER, Robert M. Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. **Obstetrics & Gynecology**, v. 126, n. 3, p. 654-668, 2015.
- TANNURE, Thaís Faria; ARAGÃO, Júlio César Soares; TANNURE, Renira Faria. Acretismo placentário de diagnóstico tardio: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 1, p. 135-137, 2019.
- TEODOROVECZ, Daiana et al. ACRETISMO PLACENTÁRIO. **Revista Ciências da Saúde Unisantacruz**, v. 1, n. 01, 2012.
- URSI, Elizabeth Silva; GAVÃO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 124-131, 2006.