

Hemorragia pós parto: relato de caso de atonia uterina e laceração em puérpera jovem

Postpartum hemorrhage: case report of uterine atony and laceration in a puerperal young woman

André Soares de Moura Costa¹, Gabriela Duarte Costa Constantino¹, Jamila de Oliveira Abrahão¹, Jordana Carvalhais Barroso¹, Letícia Alves Andrade¹, Lillian Caldeira Alves¹, Luana Machado Chianca¹, Lucas Almeida Santana¹

RESUMO

A hemorragia pós-parto (HPP) representa importante emergência obstétrica e importante causa de morte materna no Brasil. Na maioria das vezes, pode ser evitada. O diagnóstico e a abordagem precoces garantem boa evolução. Este relato descreve a HPP vaginal imediata em jovem como alerta para as consequências e a rotina de seu atendimento.

Palavras-chave: hemorragia pós parto; complicações do parto; atonia uterina; lacerações; choque; hipovolemia.

ABSTRACT

The postpartum hemorrhage (PPH) is an obstetric emergency and a major cause of maternal death in Brazil. In most cases it is preventable, and its early diagnosis and correct approach guarantee a satisfactory outcome. We report a case where a young woman had vaginal immediate PPH, which had an inappropriate approach.

Key words: postpartum hemorrhage; obstetric labor complications; uterine inertia; lacerations; shock; hypovolemia.

INTRODUÇÃO

A definição da HPP é controversa, sendo mais aceita como o sangramento excessivo pós-parto, com sintomatologia decorrente de hipovolemia, como: tonturas, fraqueza, agitação, dispneia, confusão, síncope, hipotensão, taquicardia, oligúria, baixa saturação de oxigênio.¹ Acomete entre um e cinco por cento das parturientes^{2,3}, é importante causa de morbidade e das três principais causas de morte materna no Brasil.⁴ A principal causa de HPP é a atonia uterina (80% dos casos).^{5,6} Dentre as outras causas estão lacerações, ruptura uterina e distúrbios da coagulação.

O tratamento da HPP pode ser realizado por intermédio de: massagem uterina, uterotônicos, ligadura das artérias hipogástricas, embolização arterial e histerectomia.

Este relato descreve a abordagem bem sucedida da HPP. Constitui alerta para essa emergência obstétrica de grande risco para a vida puérpera.

¹ Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG

Endereço para correspondência:
Jordana Carvalhais Barroso
Rua Costa Sena, 1535/101, Bairro Caiçara
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30720-350
E-mail: jordanacarvalhais@hotmail.com

RELATO DE CASO

Paciente primigesta de 20 anos de idade, solteira, idade gestacional de 40 semanas e um dia, coincidente cronologia com ultrassom precoce, foi admitida em maternidade de Belo Horizonte com dor abdominal a cada oito minutos, perdurando por 30 segundos, e perda de tampão mucoso. O pré-natal constou de sete consultas, sem intercorrências, nem comorbidades. Encontrava-se corada, hidratada, sem edemas, pressão arterial sistêmica (PA) de 110/80 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 80 bpm e respiratória (FR) de 19 irpm. A medida do útero fita foi de 37 cm, e o batimento cardíaco fetal de 136 bpm. O toque vaginal revelou colo com seis cm de dilatação, 80% de apagamento, bolsa íntegra, feto cefálico, no plano -1 de De Lee. Evoluiu para parto vaginal logo após sua admissão sem episiotomia. Teve distócia de ombro, sendo realizada Manobra de Mac Robert, com provável fratura de clavícula. O recém-nascido pesou 4092 g, com Apgar 3/9. Apresentou laceração parauretral esquerda, com prolongamento para fundo de saco lateral esquerdo, que foi suturada por planos, sem intercorrências.

Apresentou, no puerpério imediato, síncope, hipotensão e hipotonia uterina. Foi realizada massagem uterina, sendo administradas duas ampolas de Ocitocina IM e duas ampolas diluídas em 500 mL de NaCl 0,9%, sem melhora da sintomatologia. Seguiu-se com a aplicação de uma ampola de Methergin IM, mas ainda manteve a hipotonia uterina. A PA era de 57/26 mmHg, os pulsos finos, e a FC de 102 bpm. Foi instituída ressuscitação volêmica com Ringer Lactato e Voluven, foi submetida, quatro horas depois, à curetagem uterina, com retirada de pequena quantidade de membranas e obtenção de boa contração uterina. A PA atingiu 92-51 mmHg uma hora depois, mantendo a hipotonia uterina e sangramento vaginal aumentado. Foram inseridos, a seguir, oito comprimidos de Misoprostol via retal. A FC se manteve em 122 bpm, uma hora depois, além de apresentar mucosas hipocoradas (4+/4+) e importante hipotonia uterina. Logo a seguir tornou-se consciente, orientada, com PA de 120/70 mmHg, FC de 144 bpm, diurese em bolsa coletora de 100 mL/uma hora. Recebia, no momento, plasma fresco congelado, crioprecipitado e concentrado de hemácias.

Os exames revelaram: Hemoglobina (Hb) 5,7 mg/dL; Hematócrito (Ht) 17,7%; Leucócitos 24.720/mm³; Plaquetas 52.000/mm³; Tempo de Protrombina (TP) 16,7 seg; Atividade de Protrombina (AP) 64%;

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPa) 36 seg (controle: 26); RNI 1,28, gasometria arterial com: pH 7,37; pCO₂ 28,5 mmHg; pO₂ 174 mmHg; HCO₃ 16,4 mEq/L; EB - 7,6; Sat O₂ de 100%; ácido láctico de 3,3; e de Fibrinogênio 258 mg%.

A paciente mantinha, duas horas depois, hipotonia uterina, tendo recebido, desde sua internação, 900 mL de concentrado de hemácias, 5 U de plaquetas e 1000 mL de plasma fresco congelado. Em seguida, a paciente foi transferida para o Centro de Tratamento Intensivo, sem necessidade de vasoaminas e com prescrição de 600 mL de hemácias e 800 mL de plasma fresco. Estava taquicárdica, com pulsos finos, e perfusão periférica muito diminuída. Foi necessária a intubação orotraqueal e a monitorização invasiva. Necessitou de Noradrenalina em dose baixa. O exame obstétrico revelou grande laceração vaginal com sangramento ativo, útero na altura da cicatriz umbilical e lóquios fisiológicos. Foi encaminhada ao centro cirúrgico três horas depois, para sutura da laceração vaginal. Durante o ato operatório, encontrou dificuldade para conter o sangramento, mas manteve-se estável. Recebeu 600 mL de concentrado de hemácias e compressa intravaginal. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica cinco horas depois, sem uso de amins. O útero estava contraído à 4 cm abaixo da cicatriz umbilical. Após a retirada da compressa intravaginal, não houve sinais de sangramento ativo e os lóquios eram fisiológicos.

Evoluiu com melhora, recebendo alta do CTI em dois dias, com creatinina sérica de 1,67, em diminuição. A alta hospitalar foi seis dias após sua admissão. Encontrava-se corada, hidratada, anictérica, acianótica, sem edemas, com PA 110/70 mmHg, FC 76 bpm, abdômen normotenso e indolor, útero contraído à 6 cm abaixo da cicatriz umbilical e lóquios fisiológicos. O períneo estava com bom aspecto e apresentava redução do edema. A creatinina situava-se em 1,04. A alta foi acompanhada de prescrição de sulfato ferroso e controle da anemia em Posto de Saúde, além das demais orientações de puerpério.

DISCUSSÃO

O tratamento da HPP depende da causa e do tipo de parto realizado – vaginal ou cesárea. A revisão do canal de parto é importante para diagnosticar lesões traumáticas e lacerações, que devem ser submetidas ao tratamento cirúrgico. Os defeitos de coagulação

devem ser tratados com medicamentos, transfusão de sangue e seus produtos, de acordo com a necessidade.

O tratamento da atonia uterina após um parto vaginal se inicia com medidas não invasivas e progride para métodos mais invasivos, até que o sangramento esteja controlado. O objetivo é evitar a laparotomia e as comorbidades associadas a ela.

Este relato evidencia a importância de se valorizar dados obtidos no exame de admissão na maternidade. A paciente apresentava medida do útero fita muito elevada (37 cm), principalmente considerando-se que se tratava de primigesta jovem. Houve equívoco em não praticar a episiotomia quando se esperava (como de fato ocorreu) nascimento de feto macrossômico (peso superior a 4000 g). Nesses casos, a episiotomia protege contra lacerações vaginais, como ocorreu nesse caso. A conduta baseou-se em massagem uterina (estimulação mecânica que desencadeia a contração do útero) pelo menos por 15 segundos. O diagnóstico inicial de hipotonia uterina foi equivocado porque a paciente realmente sangrou pela laceração vaginal. As medidas de controle de hipotonia foram inócuas, já que a origem do sangramento era outra. A laceração vaginal só tem uma forma de abordagem – a sutura. Em algumas ocasiões, pode-se pensar em tamponamento vaginal emergencial, frente à dificuldade técnica de sutura da laceração.

É necessário que se faça avaliação laboratorial com hemograma e coagulograma para se estabelecer os parâmetros de comparação individual de cada paciente.

Considerando-se que a causa mais comum de HPP é a atonia uterina, deve-se iniciar a administração de drogas uterotônicas. A Ocitocina é, em geral, a droga de primeira escolha. A dosagem deve ser de 40 U em 1 L de NaCl 0,9%, IV, ou 10 U, IM. A alternativa é a Metilergonovina, 0,2 mg, IM. O agente uterotônico deve ser modificado na ausência de boa resposta na primeira dose. A droga de escolha é o Misoprostol, 200 a 1000 mcg, VO, sublingual, retal ou combinadas.⁷⁻¹² A dose de 400 mcg parece ser tão eficaz quanto as mais elevadas, mas possui menos efeitos colaterais; a via sublingual é a que oferece maior absorção e maior tempo de duração de ação.¹³ Não há evidência, entretanto, de que uma sequência seja preferencial à outra. O importante é o início imediato da terapia uterotônica e a rápida avaliação de seu efeito. A terapia invasiva está recomendada se, em 30 minutos, o tratamento farmacológico não reverte a atonia uterina. Existem outras opções de drogas como Carboprost, Dinoprostona e Carbetocin. Deve ser feita a monitorização dos sinais vitais

e da função renal, além do tratamento das causas do sangramento. Os cristaloides devem ser administrados para evitar hipotensão e manter o fluxo urinário maior que 30 mL/hora.¹⁴ A hemotransfusão é mais importante do que a infusão de cristaloides nos casos em que a perda sanguínea é maciça; entretanto, não há consenso sobre a melhor composição da terapia com hemoderivados nem sobre quando deve ser indicada.^{15,16}

Deve ser suposta outra origem do sangramento se essas medidas não controlarem a hemorragia, como ocorreu no caso apresentado. As principais serão a laceração do canal de parto, como aqui observado, e a ruptura uterina. Nos dois casos, deve-se partir para as medidas mais invasivas: reavaliar o canal de parto e reparar as lacerações, se existirem; remover a retenção de placenta e membranas fetais; fazer o tamponamento com balão e ligamento de artéria uterina.

A laparotomia está indicada nas pacientes sem resposta às intervenções mais conservadoras ou quando se suspeita de hemorragia intra-abdominal.

A histerectomia é o último recurso, mas não deve ser adiada diante de coagulação intravascular disseminada e requer controle imediato da hemorragia, com risco de morte.

Este caso representa a insistência em tratar a hipotonia uterina vislumbrada a partir de diagnóstico equivocado. O controle da hemorragia só foi possível com o retorno da paciente ao bloco cirúrgico e a realização da sutura da laceração vaginal. A valorização da altura uterina no exame de admissão da paciente e a realização da episiotomia para evitar as lacerações vaginais teriam evitado as complicações do caso aqui relatado.

REFERÊNCIAS

1. Bonnar J. Massive obstetric haemorrhage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000 Feb;14(1):1-18.
2. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD003249.
3. International Federation of Obstetrics and Gynaecology; International Confederation of Midwives. International joint policy statement. FIGO/ICM global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004; 26(12):1100-2, 1108-11.
4. Dildy GA, 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:330.
5. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 1991 Jan; 77(1):69-76.

6. O'Brien, P, El-Refaey, H, Gordon, A, et al. Rectally administered misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol.* 1998; 92:212.
7. Lokugamage, AU, Sullivan, KR, Niculescu, I, Tigere, P. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus Syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80:835.
8. Walraven, G, Dampha, Y, Bittaye, B, et al. Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomised controlled trial. *BJOG* 2004; 111:1014.
9. Hofmeyr GJ, Ferreira S, Nikodem VC, et al. Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial [ISRCTN72263357]. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2004; 4:16.
10. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2010; 375: 217.
11. Winikoff B, Dabash R, Durocher J, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2010; 375: 210.
12. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM, Novikova N, et al. Misoprostol to prevent and treat postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis of maternal deaths and dose-related effects. *Bull World Health Organ.* 2009; 87: 666.
13. Karpati PC, Rossignol M, Pirot M et al. High incidence of myocardial ischemia during postpartum hemorrhage. *Anesthesiology* 2004; 100: 30.
14. Holcomb JB, Jenkins D, Rhee P, et al. Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma. *J Trauma.* 2007; 62: 307.
15. Spahn DR, Rossaint R. Coagulopathy and blood component transfusion in trauma. *Br J Anaesth.* 2005; 95: 130.