

Caso Clínico - Mortalidade Materna e Perinatal

Carlos Antonio Barbosa Montenegro¹

Flavia Cunha dos Santos²

Jorge de Rezende Filho³

Identificação: Gestante com 26 anos, estudante, solteira moradora do Rio de Janeiro.

Queixa principal: perda de líquido

História da doença atual: paciente se apresenta na emergência da maternidade com queixa de perda de líquido e sangramento transvaginal iniciado naquele mesmo dia. Submetida a ultrassonografia durante o atendimento que evidenciou adramnia e BCF positivo.

História patológica pregressa: nega patologias prévias, 3 cesarianas prévias, nega transfusões.

História familiar: ndn

História ginecológica e obstétrica: Menarca aos 13 anos, ciclos menstruais regulares, nega DST

HGO: GVIII PV (PN II PC III) AII (esp) - 5 filhos vivos 1^a gest. – Aborto com Wintercuretagem

2^a gest. – há 13 anos, PV s/ intercorrências, P:1200g

3^a gest. – há 9 anos, PV s/ intercorrências, P:800g 4^a gest. – há 6 anos, PC por RPMO, P:800g

5^a gest. – há 4 anos, aborto com Wintercuretagem

6^a gest. – PC por RPMO, P:1020g

7^a gest. – há 2 anos, PC por RPMO, P:900g

8^a gest. – IG: 16+2 (1^a USG com 12 sem). Gestação atual, onde nega qualquer procedimento com objetivo de interrupção.

História social: nega etilismo e tabagismo

Exame físico: PA:80x50mmHg / FC: 104bpm / FR: 28irpm /

Tax:36°C

Paciente em bom estado geral, queixando de dor em baixo ventre. **ACV:** RCR em 2T.

AR: MVUA sem RA,

ABD: gravídico, FU aumentado AU0, BCF: 120bpm.

Toque: colo posterior, longo e fechado

MMII: sem edema, panturrilhas livres

Hipótese diagnóstica: RPMO pré-termo

Conduta: Internação hospitalar, solicitado nova USG e solicitado HIV, VDRL, TS, bioquímica e hemograma.

Paciente permaneceu assintomática e evoluiu com febre Tax:39,6°C

/ FC:110bpm

¹ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Emérito da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Adjunto da Escola de Medicina da FTESM. Diretor Científico do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro.

² Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Médica Obstetra da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

³ Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Titular da Academia Nacional de Medicina (ANM). Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular da Escola de Medicina da FTESM e da Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

Colo permaneceu fechado e sem perdas. Feito antitérmico e iniciado ATB Clindamicina e Gentamicina

USG evidenciou feto único, córmico, adramnia, placenta anterior, BCF ausente, P:211g, IG:17sem + 2d

Reavaliação (12h)

Checado laboratório

Hb: 8,4 / Ht: 26,4 / Leuco: 4700 / **Bastões: 18%** Pla: 229 mil / INR: 1,24 (alargado)

Conduta: Após esclarecimento a respeito do caso com a paciente, iniciado indução com Misoprostol 200mcg VV.

Reavaliação

Paciente queixa-se de mal-estar.

PA: 80x40 / FC:120 / FR:20

Hipótese diagnóstica: Sepsis

Colhido Hemocultura (2 set), bioquímica e hemograma, SF 0,9% 1000ml IV de imediato, monitorização / SatO₂, cateterismo vesical e solicitado vaga em CTI.

Ao chegar ao CTI, é puncionado acesso profundo em VJID e PAM instalada em radial D.

Paciente evolui com choque séptico sendo iniciado noradrenalina devido instabilidade hemodinâmica.

Paciente evoluiu com hipoxemia e dissaturação, sendo submetida a IOT.

Infusões: Vasopressina 10ml/h; Noradrenalina 20ml/h; Fentanil 2ml/h, Midazolam 2ml/h.

Alterado esquema de antibiótico para Cefepime, Vancomicina e Clindamicina.

Avaliação pela Obstetrícia

Paciente hemodinamicamente instável. PAM:70x30, FC:130bpm, abdome algo distendido, flácido, útero aumentado de tamanho compatível com a idade gestacional. Toque: Presença de grande quantidade de secreção de odor fétido, amarelada em fralda (não visualizado material fetoplacentário. Colo inalterado, centralizado e pérvio, sem saída ativa de material via vaginal. Decidido reiniciar indução com Misoprostol e aguardar expulsão de material para rediscutir abordagem cirúrgica.

Paciente evoluiu com importante piora hemodinâmica, noradrenalina 40ml/h e Vasopressina a 20ml/h. Relato de sangramento vaginal ativo em fralda com saída de coágulos.

Paciente evoluiu com PCR em assistolia, realizado RPC, com 16' de parada apresentou TV sem pulso, realizado então choque com 200J, retornando após 2 minutos de RCP, com PA: 55x30mmHg, apesar de noradrenalina e vasopressina em doses máximas. Feito 200 ml de HCO₃. Paciente apresentou nova PCR, após 5 minutos da primeira, em AESP. Realizado mais 10' de RCP, sem sucesso, paciente sem perspectivas visto a gravidade em que se encontrava. Constatado óbito as 09:25h.

Comentários

As taxas de morte materna refletem inversamente a evolução da assistência à saúde das gestantes. Considerando que os quadros podem evoluir rapidamente, assim como relatado acima, medidas buscando combater as principais causas de morte materna devem ser instituídas e frequentemente discutidas nos serviços de saúde que atendem a esta população específica. Além disso, tomadas de decisões mais rápidas e medidas mais efetivas para o tratamento de morbidades graves que podem acometer a mulher no período grávido puerperal devem ser tomadas sem hesitação. A experiência do obstetra e o conhecimento dos protocolos assistenciais

são importantes ferramentas para a melhoria na qualidade da assistência e para a diminuição das taxas de mortalidade materna.