

Relato de caso: atonia uterina

Case report: uterine atony

DOI:10.34117/bjdv7n4-702

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

Luiza Rocha Pinto Coelho

Ensino superior incompleto- Acadêmica de medicina da Faminas –BH.

Endereço: R. Aripuanã 140 - apto 801 - Buritis - CEP: 30493-140

Endereço: luizarochapc@gmail.com

Gabrielle Baia Pimenta de Moraes

Ensino superior incompleto - Acadêmica de Medicina da Faminas-BH- Rua Grão Pará,

170 Apt: 201- Santa Efigênia - CEP: 30150-341

Endereço: gabi-baia@hotmail.com

Marina Silveira Braga

Ensino superior incompleto - Acadêmica de medicina Faminas-BH- Rua Aristoteles
caldeira, 1010 apt 502 - Grajaú, Belo Horizonte -CEP: 30431108

Endereço: mariinasb@yahoo.com.br

Thiago de Moraes Vilela

Ensino Superior Incompleto - Acadêmico de Medicina da Universidade de Itaúna - Rua:

Tomaz Gonzaga 1140 - Alphaville CEP :34018-046

Endereço: thiagomvmoraes@gmail.com

Ana Vivian de Miranda Trindade

Ensino superior incompleto - Acadêmica de Medicina da Faminas-BH

Endereço: R. Grão Pará, 170 - apartamento 201- Santa Efigênia - CEP: 30150-341

E-mail: anaviviantrindade@yahoo.com.br

Isadora Christina Tavares Laizo

Ensino superior incompleto -Acadêmica de Medicina da Faminas-BH

Endereço: R. Cecília Júlia do Prado, 166, apto 102, Centro, Betim -CEP 32600-166

E-mail: isadoractlaizo@gmail.com

Maurício Carvalho Nascif

Ensino superior incompleto -Acadêmico de medicina da Faminas – BH

Endereço: R. Barão de Jacuí 40, apartamento 402, CEP- 31730540 , bairro planalto- BH
- Mg

E-mail: mauricionascif@gmail.com

Hugo Drumond Ribeiro

Hospital das Clínicas da UFMG- Professor titular da FAMINAS-BH

Endereço: R. Ministro Orozimbo Nonato, 525, ap. 702, Vila da Serra, Nova Lima-MG.

E-mail: drhugodrumond@gmail.com

RESUMO

A atonia uterina corresponde a um estado de perda da contratilidade da musculatura uterina no período pós-parto imediato o que aumenta o risco de hemorragia pós-parto (HPP). É fundamental que os sinais de atonia uterina sejam identificados de forma precoce para prevenir complicações. Além disso é imprescindível uma equipe multidisciplinar que realize a monitorização da paciente e que esteja apta para atuar em casos de complicações. Objetivos: Identificar os sinais de gravidade nos quadros de atonia uterina e como realizar o manejo dessa paciente. Métodos: Revisão bibliográfica, cujo levantamento de referências ocorreu entre os meses de fevereiro a abril de 2018. Foi realizada busca nas The Lancet e Scielo, empregando-se os termos: atonia uterina; hipotonia uterina; hemorragia pós-parto, prevenção para atonia. Os critérios de inclusão foram artigos cujas abordagens contivessem aspectos pertinentes ao trabalho, com ano de publicação entre 2015 e 2018. Foram descartadas as fontes que não continham conteúdo adequado para a confecção deste trabalho. Foram utilizadas 10 referências bibliográficas incluído livros físicos sobre o assunto abordado. Discussão: Existem diversas causas para HPP, dentre elas a atonia uterina. É fundamental observar as todas as pacientes após o parto, uma vez que, a maioria das pacientes que desenvolvem o quadro não possuem fatores de risco prévio. Além disso, a principal forma de prevenção é adotar uma conduta ativa no terceiro estágio do trabalho de parto, que consiste na administração de droga uterotônica após o desprendimento do ombro anterior e tração controlada do cordão umbilical. Conclusão: É sempre importante observar os sinais vitais, bem a quantidade de sangue perdida pela paciente para tomar medidas o mais precoce possível. Além disso é fundamental uma equipe multiprofissional apta para atuar no manejo adequado. Por fim é de extrema importância a realização de medidas preventivas para evitar complicações e até mesmo o óbito materno.

Palavra-chave: Atonia uterina, Hipotonia uterina, hemorragia pós-parto, prevenção

ABSTRACT

Uterine atony corresponds to a state of loss of contractility of the uterine musculature in the immediate postpartum period which increases the risk of postpartum hemorrhage (PPH). It is essential that signs of uterine atony are identified early to prevent complications. In addition, a multidisciplinary team that monitors the patient and is able to act in cases of complications is essential. Objectives: To identify the signs of severity in cases of uterine atony and how to manage this patient. Methods: Literature review, whose search for references occurred between February and April 2018. A search was conducted in The Lancet and Scielo, using the terms: uterine atony; uterine hypotony; postpartum hemorrhage, prevention for atony. The inclusion criteria were articles whose approaches contained aspects pertinent to the work, with year of publication between 2015 and 2018. Sources that did not contain adequate content for this study were discarded. Ten bibliographic references were used, including physical books on the subject addressed. Discussion: There are several causes for PPH, including uterine atony. It is essential to observe all patients after delivery, since most patients who develop the condition have no prior risk factors. Moreover, the main form of prevention is to adopt an active conduct in the third stage of labor, which consists in the administration of uterotonic drug after detachment of the anterior shoulder and controlled traction of the umbilical cord. Conclusion: It is always important to observe the vital signs, as well as the amount of blood lost by the patient to take measures as early as possible. In addition, it is fundamental to have a multiprofessional team able to act in the appropriate

management. Finally, it is extremely important to take preventive measures to avoid complications and even maternal death.

Keywords: uterine atony, uterine hypotony, postpartum hemorrhage, prevention

1 HISTÓRIA CLÍNICA

ALD, 34 anos, G2 P1C A0; gestação gemelar dicoriônica e diamniótica após FIV (*fertilização in vitro*), foi admitida numa maternidade privada da região metropolitana de Belo Horizonte, com 34 semanas de idade gestacional, em fase ativa de trabalho de parto com 4 centímetros de dilatação.

Devido parto cesariano anterior há 2 anos e gestação atual gemelar foi submetida a nova cesariana sendo o ato operatório sem intercorrências. Após 4 horas do término do procedimento, na sala de recuperação pós-anestésica, foi identificada, pela equipe da enfermagem, alteração dos dados vitais da paciente: hipocorada, hipotensa e taquicardica. Após equipe médica ser notificada e ter avaliado a paciente observou-se: útero amolecido e localizado acima da cicatriz umbilical e saída de grande volume de sangue coagulado após toque vaginal com massagem uterina. Iniciados imediatamente medidas de choque hipovolêmico por atonia uterina: 2 acessos venosos calibrosos com 2 litros de solução cristalóide, 8 ampolas de ocitocina EV, 1 ampola de methergin, 1000 mg de transamin e 800 mcg de misoprostol retal. Exames de sangue solicitados na urgência revelaram: Hb: 4,2; Hct: 16,0; GL: 7900 (0% de bastões); Pla: 233.000. Iniciados, então, transfusão sanguínea imediata com 900 ml de concentrado de hemácias e paciente encaminhada para o CTI, onde foi entubada e iniciadas drogas vasoativas.

Após 6 horas no CTI, evoluiu com piora do quadro clínico com instabilidade hemodinâmica e nova queda da hemoglobina. Indicada reabordagem cirúrgica: grande volume de sangue em cavidade peritoneal, sendo realizada histerectomia total e nova transfusão sanguínea de 900 ml de concentrado de hemácias. Evoluiu no CTI, após 4 horas da reabordagem cirúrgica com parada cardíaco-respiratória sem resposta e óbito materno.

*Exame físico realizado após 4 horas do término do procedimento

Exame físico

	Valor Obtido	Valor de referência
<i>Coloração</i>	+++	++++
<i>Pressão Arterial</i>	90 x 50 mmHg	120 x 80 mmHg
<i>Frequência Cardíaca</i>	126 bpm	50 a 100 bpm

Exames complementares

	Valores Obtidos	Valor de referência
<i>Hb</i>	4,2 g/dl	13,5 a 18 g/dl
<i>Hct</i>	16,0%	40 a 50%
<i>Plaq</i>	233.000/mm ³	150.000 a 450.000/mm ³
<i>Gl</i>	7.900/ mm ³	5.000 a 13.000/mm ³

2 DISCUSSÃO

Atualmente, sabe-se que existem diversas definições para a hemorragia pós-parto (HPP). A maioria dos autores a define como uma perda sanguínea estimada superior a 500 mL após parto vaginal e 1.000 mL após cesariana. (1) Como a estimativa da perda sanguínea no pós-parto é pouco precisa, alguns autores definem HPP como a perda sanguínea suficiente para causar queda de 10% nos níveis de hemoglobina ou hematócrito e sintomas de hipovolemia ou necessidade de hemotransfusão para seu tratamento. (2)

A HPP ocorre em 6% dos partos, sendo importante causa de morbimortalidade materna. É responsável por um quarto de todas as mortes maternas no mundo, correspondendo a cerca de 125.000 mortes ao ano. Em países em desenvolvimento, a cada 1.000 partos uma mulher morre de HPP. (3)

A etiologia da HPP pode ser dividida em quatro processos fisiopatológicos, eles podem ocorrer de forma isolada ou combinados. Estes processos são chamados de "quatro Ts": 1) Tônus uterino (atonía) é a principal causa de HPP e pode chegar a 80% dos casos; 2) Tecido (retenção de produtos da concepção como restos placentários ou coágulos) é a segunda principal causa, seguida por 3) Trauma (lesões no trato genital) e 4) Trombina (distúrbios de coagulação).

Exaltaremos neste caso a atonia uterina como causa da hemorragia pós-parto e a etiologia, fatores de risco e tratamento das hemorragias uterinas relacionadas aos problemas de contração uterina (tônus) estão descritas no quadro abaixo:

Tabela 1: Etiologia, fatores de risco e tratamento das hemorragias uterinas relacionadas aos problemas de contração uterina (5)

ETIOLOGIA	FATORES DE RISCO	TRATAMENTO
Hiperdistensão uterina	Polidrâmio Gestação múltipla Macrossomia	Massagem e compressão uterina Medicamentos uterotônicos
Fadiga uterina	Trabalho de parto acelerado Trabalho de parto prolongado Multiparidade	Massagem e compressão uterina Medicamentos uterotônicos
Infecção intra-amniótica	Ruptura prolongada de membranas Febre	Antibióticos Massagem e compressão uterina Medicamentos uterotônicos
Alteração funcional ou anatômica do útero	Miomatose uterina Placenta prévia Anomalias uterinas	Massagem e compressão uterina Medicamentos uterotônicos Tratamento cirúrgico

Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. (4)

Quanto à prevenção, a avaliação anteparto dos fatores de risco individuais implica diminuição da morbimortalidade materna por meio de abordagem preventiva como a instalação de acesso venoso adequado, tipagem e reserva de sangue, avaliação laboratorial e até mesmo a transferência de algumas pacientes para centros terciários (6). Entretanto, a predição da HPP baseada em fatores de risco é baixa. A maioria dos casos de HPP ocorre em pacientes sem fatores de risco e menos de 40% das mulheres com algum fator identificado desenvolvem HPP (7). Dessa forma, a melhor estratégia na prevenção da HPP é a adoção, em todas as pacientes, da conduta ativa no terceiro estágio do trabalho de parto, que consiste na administração de droga uterotônica após o desprendimento do ombro anterior e tração controlada do cordão umbilical (8,9). Essa conduta está associada à redução de 62% nas taxas de HPP (10). A ocitocina intramuscular é a medicação de escolha pela sua eficácia e baixa de efeitos colaterais (8)

PONTOS IMPORTANTES

Quanto ao diagnóstico, então, cabe ao obstetra monitorizar a paciente após o parto e estar atento para os sinais de sangramento excessivo e de choque hemorrágico. (11) O tratamento da HPP pode variar dependendo da etiologia do sangramento e opções terapêuticas disponíveis:

Atonia uterina: é o caso da paciente em questão. O diagnóstico é feito por exame pélvico bimanual após o cateterismo vesical. A compressão ou massagem uterina podem atenuar o quadro até que outras medidas medicamentosas sejam instituídas. (1)

Retenção de coágulos ou produtos da concepção: a ultrassonografia pode ser útil ao diagnóstico. A detecção de massa ecogênica uterina é sugestiva de retenção placentária (1). O tratamento consiste na curetagem uterina. Após o esvaziamento uterino, realizar massagem, compressão e administração de medicamentos uterotônicos.

Trauma do trato genital: as lacerações de trajeto devem ser afastadas pela inspeção do trato genital inferior. O tratamento consiste na sutura das lesões. Os hematomas podem provocar perdas sanguíneas significativas associadas à dor e/ou pressão pélvica e retal, e o seu aumento progressivo desses hematomas indica necessidade de abordagem cirúrgica (1). Caso identifique inversão uterina, esta deve ser prontamente revertida. No caso de uma rotura deve ser tratada por meio de reparo do defeito ou histerectomia. (8)

Distúrbios de coagulação: é o distúrbio menos comum, e podem ser suspeitados pela história clínica pregressa e familiar. (10)

A hemorragia pode não ser controlada, apesar de instituídas todas as medidas descritas anteriormente, constituindo risco iminente para a vida da paciente. Nessa situação é necessária equipe multidisciplinar constituída por cirurgião experiente, intensivista e anestesiológico. A ressuscitação volêmica da paciente deve ser continuada com infusão de cristaloides, hemoderivados e drogas vasoativas caso necessário. (10)

3 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

As HPP são entidades muito específicas do período puerperal, portanto deve-se sempre se atentar para causas de choque hipovolêmico causadas por complicações do parto. Nesse contexto, deve-se ter em mente as 4 principais causas de hemorragias puerperais:

- Hipotonia uterina
- Restos placentários
- Traumas do canal de parto
- Distúrbios da coagulação
- Roturas Uterinas

As roturas uterinas também são causas que devem ser levadas em consideração pelo obstetra e outras causas de choque hipovolêmico não relacionadas diretamente à gravidez, como por exemplo, roturas hepáticas e acidentes vasculares cerebrais.

4 CONCLUSÃO

Na prática diária da obstetrícia, o médico frequentemente se depara com quadros de complicações puerperais. Deve-se manter vigilância constante no período de observação, uma vez que é quando são mais frequentes tais complicações e que devem ser abordadas prontamente.

A clínica e dados vitais da paciente devem sempre ser levadas em consideração, pois são as primeiras manifestações indicando quadro de hemorragia, por exemplo.

Uma equipe multidisciplinar facilita e colabora com a abordagem global à paciente, mas o obstetra deve-se manter sempre atento e vigilante usufruindo dos seus conhecimentos técnicos e baseado na literatura. A suspeição precoce possibilita uma abordagem inicial mais rápida, diminuindo a morbi-mortalidade da paciente.

REFERÊNCIAS

ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists number 166, October 2006: postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(4): 1039-47.

Oyler Y, Corz J WE, Matroha R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007;34(3):421-41.

Carroll G, Cuesta C, Abalos E, Culmezoglu AM. Epidemiology of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(6):999-1012.

World Health Organization. Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html

CORREA, Mário Dias. Noções práticas de obstetrícia. Medsi, 1999.

Schuurman N, MacKinnon C, Lanc C, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *SOGC.* 2000;88:1-11)

Devine PC. Obstetric hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009; 33(2):76-81

Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Am Fam Physician.* 2007;75(6):875-82 FIGO initiative 2004-2006. *Int J Gynecol Obstet.* 2006;94(3):243-53

Prendiville WJ, Elbourne O, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Data base Syst Rev.* 2009;(3):CD000007

Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Júnior MDC. Noções Práticas de Obstetrícia. 14ª ed; 1999.