

Caso Alzira

Dr. João Batista Marinho de Castro Lima

Diretor clínico da Maternidade Sofia Feldman

Antes de iniciar sua leitura...

Espera-se dos alunos que, diante da leitura da evolução do caso, procurem se ater apenas aos aspectos relacionados à segurança da paciente, principalmente em relação às estratégias de trabalho em equipe para melhorar os cuidados. Não é objetivo discutir o manejo clínico, embora seja importante analisar que instrumentos podem ser utilizados no seu auxílio, do ponto de vista da organização da instituição.

Esse caso servirá como fio condutor para a discussão e contextualização, no âmbito perinatal, dos conceitos abordados nos conteúdos indicados na UA IV.

Cena 1

Alzira é uma gestante de 34 anos, **G3P2A0** (duas cesarianas prévias), que iniciou pré-natal na Unidade de Saúde da Família com sete semanas de gestação, quando foram solicitados exames laboratoriais de rotina. Paciente com grupo sanguíneo O RH- com Coombs Indireto negativo no primeiro exame.

G3P2A0 refere-se ao fato de Alzira estar em sua 3ª gestação, tendo realizado dois partos e nenhum aborto.

Com 26 semanas de gestação, o Coombs Indireto evidenciou positividade até 1:128, e com 28 semanas a gestante foi encaminhada ao pré-natal de alto risco. Com 32 semanas, Alzira teve a sua primeira consulta no pré-natal de alto risco, sem outras intercorrências. Com 35 semanas, foi realizada ultrassonografia (US) com Doppler de artéria cerebral média (ACM), sem anormalidades. Com 37 semanas, a gestante teve mais uma consulta no pré-natal de alto risco, sem intercorrências. No dia seguinte, com 37:3 semanas, foi admitida na maternidade por médico obstetra, com diagnóstico de rotura prematura de membranas. Ele indicou cesariana e solicitou exames de rotina. Alzira havia se alimentado às 7h do mesmo dia. Foi então encaminhada à enfermaria,

acompanhada por uma técnica de enfermagem, que comunicou à sua colega de que era uma paciente para cesariana e que deveria aguardar em jejum.

Após o período de jejum, foi encaminhada ao bloco cirúrgico para realização de cesariana. A técnica de enfermagem que a acompanhou passou para a sua colega do bloco cirúrgico que aquela era a “cesariana que estava aguardando”. Muitas cesarianas já haviam sido realizadas naquele dia e parte da equipe permaneceu a maior parte do tempo dentro do bloco cirúrgico, aguardando a realização dessa cesariana. O médico obstetra responsável pela cirurgia não foi o mesmo que admitiu a paciente e a única informação que possuía era que havia uma cesariana iterativa para ser realizada. As equipes de anestesiologia e de enfermagem do bloco cirúrgico também só possuíam essa informação.

Para refletir

O que você pensa da forma pela qual a técnica de enfermagem se refere ao procedimento a que Alzira será submetida (“a cesariana que estava aguardando”), considerando a humanização do cuidado e a identificação correta da gestante? O que você acha dessa forma de transição do cuidado (da admissão para a enfermaria e da enfermaria para o bloco cirúrgico)? Como acontece normalmente no seu local de trabalho? Você conhece alguma(s) estratégia(s) de transição do cuidado que poderia(m) ser implementada(s) para melhorar esse processo?

Cena 2

Após realização de anestesia raquidiana foi iniciada a cesariana, que evoluiu de forma adequada. No entanto, logo após o parto, Alzira apresentou quadro de hemorragia por atonia uterina e foi medicada inicialmente com ocitocina e metil-ergometrina. Verificou-se que não havia sido prescrito e administrado 10 U de Ocitocina IM conforme o recomendado para o manejo ativo do 3º estágio. O quadro de sangramento permaneceu e o médico obstetra optou por realizar cirurgia compressiva de B-Lynch. Como o útero estava muito friável, lacerando com facilidade ao passar os pontos, e o sangramento permanecia, o médico obstetra optou por realizar histerectomia e solicitou ajuda. Foi colhido sangue para prova cruzada e puncionado novo acesso venoso calibre 18. Outro médico anestesiologista entrou no caso e solicitou sangue para transfusão. Após a realização da histerectomia, o sangramento diminuiu. Como não foi quantificado de maneira objetiva, as

informações sobre o sangramento, descritas no prontuário, eram do tipo: “sangramento aumentado, sangramento diminuiu”.

Esse médico anestesiológista avaliou que a paciente, naquele momento, não precisava de transfusão, e as informações sobre o grupo sanguíneo e o fator Rh dela ainda não haviam chegado. Segundo registros do prontuário, a paciente se manteve estável durante todo o procedimento, sem alterações dos dados vitais, mas fez uso de fenilefrina, um agente vasopressor que às vezes é rotina durante o ato anestésico. Ao término do procedimento, cerca de 2 horas e 50 minutos depois, apresentava dados vitais estáveis e havia utilizado 2.000 ml de soro fisiológico (SF) 0,9%, 500 ml de Ringer e 500 ml de hidroxietilamido a 6%.

Para refletir

Os protocolos têm sido um importante instrumento para orientar as ações das equipes no cuidado de saúde, de forma a torná-lo mais seguro e efetivo. Existem protocolos para as principais morbidades relacionadas ao parto, entre elas a hemorragia pós-parto. Na sua unidade, algum protocolo relacionado ao cuidado obstétrico foi implementado? Que estratégias foram ou poderiam ser utilizadas na capacitação das equipes? Depois de sua implementação, que papel a educação permanente (EP) teria na compreensão e contextualização dos protocolos, contribuindo para a adesão? Que aspectos relacionados ao trabalho em equipe seriam importantes para discutir na EP?

Cena 3

Cerca de 1 hora após o término da cirurgia, Alzira foi transferida para uma enfermaria de cuidados especiais. A equipe de enfermagem que a recebeu teve informações de que ela havia sofrido uma atonia uterina irreversível e fora submetida a uma histerectomia. Não receberam outras informações nem recomendações específicas sobre os cuidados que deveriam ter. Também não pediram mais detalhes sobre o caso.

Alzira foi monitorada pela equipe de enfermagem mantendo dados vitais estáveis. Cerca de 1 hora após a sua admissão na enfermaria, chegou a equipe do plantão noturno. A passagem do plantão foi realizada apenas entre as equipes de enfermagem, sem a presença da equipe médica. A informação que foi passada era de que a paciente havia tido uma atonia uterina e sido submetida a uma histerectomia, que estava estável e mantendo a mesma diurese desde a cirurgia. Informaram, também, que a paciente deveria ter sido transfundida, mas não o foi porque era Coombs Positivo.

Aproximadamente no mesmo horário, um dos médicos que estava entrando no plantão noturno recebeu a informação de que havia uma paciente que tinha sido submetida a uma histerectomia por hemorragia e que ela já se encontrava na enfermaria. Esse mesmo médico confirmou a informação, porém sem obter mais detalhes da condição da paciente, em conversa com o colega que havia realizado a histerectomia e que ainda se encontrava no centro obstétrico, terminando uma cesariana. O outro médico obstetra, que também assumiu o plantão noturno, foi direto ao repouso sem qualquer informação sobre o caso.

Após a passagem do plantão pela equipe de enfermagem, Alzira foi avaliada por uma enfermeira intensivista que a encontrou hipocorada, hidratada, eupneica, com PA = 83/49 mmHg, FC = 114 bpm e SpO₂ = 97%. Diurese = 50 ml no coletor. A enfermeira comunicou-se com o médico obstetra que havia assumido o plantão e que recomendou a infusão de 1.500 ml de SF 0,9% mas sem avaliar diretamente a paciente. Em seguida, iniciou a infusão conforme a recomendação. Por cerca de 2 horas a equipe de enfermagem continuou monitorando a paciente e, diante da deterioração das suas condições clínicas, chamaram o médico obstetra que estava conduzindo o caso para avaliá-la, o que foi realizado cerca de 2 horas e meia após o início do plantão. A paciente estava com abdome distendido, PA = 82/43 mmHg, Pulso = 127 bpm, FR = 20 ipm, SpO₂ = 96%.

Entretanto, o médico solicitou 900 ml de concentrado de hemácias para transfusão, caso fosse necessário. Nesse momento, também ocorreram conflitos entre a equipe de enfermagem e o médico obstetra, relacionados às condições clínicas e ao manejo da paciente. A transfusão não foi realizada e a monitoração continuou pela equipe de enfermagem. As condições clínicas e laboratoriais da paciente continuaram a se deteriorar e exames colhidos às 22h evidenciaram: Hb = 4,5; Ht = 13,9. Dados vitais: PA = 85/46 mmHg; FC = 134 bpm; FR = 24 ipm; SpO₂ = 96%. Diurese em 6 horas = 100 ml. A enfermeira da unidade, então, encaminhou à agência transfusional a solicitação de 900 ml de concentrado de hemácias.

Após receber a solicitação do sangue, o profissional da agência transfusional compareceu à unidade e informou que não havia terminado a prova cruzada, mas que o sangue poderia ser transfundido a critério dos médicos. Nisso, já haviam se passado cerca de 4 horas desde o início do plantão noturno e cerca de 5 horas do término da cirurgia, e as condições clínicas da paciente evidenciavam sinais de deterioração progressiva.

Um médico de anestesiologia, residente, recomendou à enfermagem que iniciasse a transfusão, o que foi realizado. Minutos após, o obstetra suspendeu o procedimento por não concordar com a conduta e manteve apenas a infusão de volume. Finalmente, o anestesiológista responsável pelo caso autorizou a transfusão, que foi iniciada cerca de 5 horas após o início do plantão noturno e cerca de 9 horas após a primeira solicitação. Uma enfermeira obstetriz que participou da assistência, nesse momento, sugeriu ao obstetra a realização de uma laparotomia, mas ele concluiu que não havia condições para realização do procedimento, pois se encontrava sozinho no plantão. Na realidade, havia outro obstetra no plantão que, embora tenha sido chamado a participar da condução do caso, não se envolveu, alegando não ter capacidade para lidar com tais situações. A enfermeira obstetriz também sugeriu que a paciente fosse entubada e que fossem administradas aminas, condutas essas que não foram aceitas pelos anestesiológistas. A decisão da equipe médica era de que a paciente deveria ser transferida para a unidade de terapia intensiva (UTI).



Nesse hospital não há UTI de adulto e a paciente teria que ser transferida para outro serviço. Foi realizado contato com a Central de Internações, que disponibilizou vaga em CTI de outro hospital. O Samu foi solicitado para realizar o transporte, mas recusou, tendo em vista as condições clínicas da paciente. Finalmente, ela foi transportada, 5 horas e meia após o início do plantão noturno, na ambulância do hospital. Anestesiologistas avaliaram a paciente como estável no momento do transporte, não necessitando de entubação ou acesso central. Houve conflitos na definição de quem iria fazer o transporte. A paciente apresentou parada cardiorrespiratória (PCR) na chegada ao hospital de destino, tendo sido reanimada com a ajuda da equipe que a transportou. Evoluiu para óbito no mesmo dia.

Para refletir

Como a equipe multidisciplinar poderia ter uma noção mais precisa dos internados mais graves, em cada ambiente de cuidado, em particular no caso de Alzira? Como acontece normalmente no seu local de trabalho? Que estratégias de comunicação, no âmbito da equipe obstétrica, poderiam melhorar esse processo, considerando a recepção do caso na unidade de cuidados especiais e logo depois a passagem de plantão? E durante a cirurgia, um *checklist* da cirurgia segura poderia ter sido utilizado para que todos os profissionais estivessem mais cientes dos riscos da realização da cesariana em Alzira?
