

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS**

SEVERINO ORSATTO JUNIOR

**RELATO DE CASO: RESPONSABILIDADE OBJETIVA HOSPITALAR POR
MAU RESULTADO OBSTÉTRICO EM GESTAÇÃO GEMELAR COM
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA**

CURITIBA

2025

SEVERINO ORSATTO JUNIOR

**RELATO DE CASO: RESPONSABILIDADE OBJETIVA HOSPITALAR POR
MAU RESULTADO OBSTÉTRICO EM GESTAÇÃO GEMELAR COM
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA**

Artigo apresentado à Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, do Setor de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Raffaello Popa Di Bernardi

CURITIBA

2025

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 DESCRIÇÃO DO CASO.....	7
3 DISCUSSÃO.....	10
4 CONCLUSÃO.....	15
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

RESUMO

O presente trabalho pretendeu desenvolver o caso de uma paciente com gestação gemelar dicoriônica e diamniótica (2 placentas e 2 bolsas) com idade gestacional de 26 semanas, internada com diagnóstico de trabalho de parto prematuro às 08h28min e sangramento vaginal.

Evoluiu com descolamento placentário demonstrado com a presença de hematoma retroplacentário em ultrassom com laudo liberado as 11h31min, e realizado parto cesáreo de emergência as 19h20min, com necessidade de histerectomia por hemorragia, devido a atonia uterina na cesárea. Recém-nascidos com prematuridade extrema pesando o gemelar A 765g, e gemelar B 460g.

Acompanha-se a evolução com seqüela neurológica grave do primeiro gemelar e óbito do segundo gemelar. Hospital condenado a pagamento de indenização por reparação de danos morais e materiais por falha na assistência hospitalar. Constatado nexos causal do intervalo de tempo entre o diagnóstico de descolamento prematuro de placenta e o parto cesáreo e as lesões neurológicas permanentes do gemelar A, com responsabilização objetiva do Hospital supracitado.

Palavras-Chave: Gestação Gemelar, Descolamento Placentário Prematuro, Indenização, Assistência Médica Falha, Responsabilização Objetiva Hospitalar.

ABSTRACT

This paper aims to develop the case of a patient with a dichorionic and diamniotic twin pregnancy (2 placentas and 2 sacs) with a gestational age of 26 weeks, admitted with a diagnosis of preterm labor at 8:28 a.m. and vaginal bleeding.

She evolved with placental detachment demonstrated by the presence of a retroplacental hematoma on ultrasound with a report released at 11:31 a.m., and an emergency cesarean section was performed at 7:20 p.m., with the need for a hysterectomy due to hemorrhage, due to uterine atony during the cesarean section. The newborns were born with extreme prematurity, with twin A weighing 765g and twin B 460g.

The outcome was severe neurological sequelae in the first twin and death in the second twin. Hospital convicted to pay compensation for moral and material damages for failure to provide hospital care. The causal link between the diagnosis of placental abruption and the cesarean delivery and the permanent neurological damage to twin A was found to be causally linked, with the aforementioned hospital being held objectively liable.

Keywords: Twin Pregnancy, Premature Placental Detachment, Compensation, Faulty Medical Care, Hospital Liability.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se baseia na análise de relato de caso de uma emergência obstétrica (descolamento prematuro de placenta), de uma gestação gemelar com prematuridade extrema de 26 semanas gestacionais, com desfecho obstétrico desfavorável, devido a seqüela neurológica permanente no feto sobrevivente. Óbito do gemelar B, e necessidade de histerectomia na gestante. Solicitação de reparação por danos morais relacionado ao intervalo de tempo entre o diagnóstico e a realização da cesárea.

O objetivo se justifica na verificação da assistência médica prestada a gestante e a presença de nexos causais em relação aos maus resultados maternos e fetais.

No que diz respeito aos materiais e métodos, realizou-se a análise documental do prontuário médico e dos documentos constados nos autos. Concluiu-se, constatado o nexo causal objetivo em relação ao hospital, devido à não comprovação de comunicação do resultado do ultrassom à médica assistente, com determinação de pagamento indenização por danos morais e pagamento de pensão vitalícia em relação ao feto sobrevivente, não constatado o nexo causal com o óbito do gemelar B, a necessidade de histerectomia, assim como não constatada a responsabilidade do médico assistente.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Gestante S.C 31 anos, primigesta, com gestação gemelar dicoriônica e diamniótica (2 placentas e 2 bolsas), idade gestacional de 26 semanas realizando pré-natal em consultório médico particular via convênio médico, sem apresentar comorbidade materna, mas com alterações de crescimento fetal (restrição de crescimento intraútero) do gemelar B com suspeita diagnóstica de CIV (comunicação interventricular) discreta em ultrassom morfológico de segundo trimestre realizado com 22 semanas de gestação. Não apresentou até o momento do sangramento e internação nenhuma alteração clínica ou laboratorial no acompanhamento da rotina de pré-natal.

No dia 04/04/2014 a gestante S.C iniciou com dor abdominal e sangramento vaginal, e aproximadamente às 05h00min da manhã entrou em contato com médica assistente e por orientação da mesma, dirigiu-se ao hospital para avaliação. Avaliada pelo plantão de obstetrícia às 08h28min, e solicitado a internação pela médica assistente, pois esta chegou ao hospital após a avaliação realizada, foi internada para exames e acompanhamento do quadro, realizado um diagnóstico inicial de trabalho de parto prematuro e sangramento vaginal.

Foi realizada conduta conservadora com repouso absoluto no leito, hidratação endovenosa e analgesia com Buscopan® e prescrito Imunoglobulina anti-Rh por ser gestante Rh negativa.

Foi solicitado exames de sangue e ultrassom obstétrico com doppler que liberado às 11h31min da manhã, demonstrou feto A com peso estimado de 850g, líquido amniótico normal com placenta posterior e exame doppler fetal normal, e feto B peso estimado de 501g com líquido normal, e placenta posterior e com doppler fetal normal, apresentando heterogeneidade na porção inferior da placenta recobrando o colo do útero com coleção hipoecogênica de contornos irregulares com limites parcialmente definidos, adjacente a placenta e contida pela membrana amniótica com 9,7 x 5,0 x 4,0 cm. Dos exames laboratoriais, o hemograma materno com hemoglobina de 11,1 g/dl hematócrito de 31% com 13.530 mm³ leucócitos e plaquetas 144.000 mm³. Não foi realizado a descrição do exame físico no prontuário e nem a quantificação do sangramento no momento da internação.

Feita evolução pela enfermagem às 12h37min e não constando evolução médica até as 17h02min, quando a médica assistente reavalia a paciente, que iniciava com queixa de contrações e aumento do sangramento, e indica a cesárea com urgência.

A cesárea foi realizada às 19h20min com nascimento do primeiro gemelar com 765 g e do segundo gemelar com 460g, sendo constatado o descolamento placentário maior do gemelar A. Após nascimento foi realizado o primeiro atendimento aos recém-nascidos e encaminhados à UTI neonatal devido à prematuridade extrema. A paciente evolui com quadro de hipotonia uterina, com sangramento intenso sem melhora com as medicações e tentativa de preservação do útero, sendo necessário a realização de histerectomia.

Na UTI neonatal, o recém-nascido A (765g) evolui com alterações neurológicas graves, oftalmológicas e gastrointestinais com internamento de 3 meses, sendo posteriormente transferido para realização de cirurgia gastrointestinal. O recém-nascido B (460g) evolui com óbito após 2 dias de internação, com diagnóstico no atestado de óbito de hemorragia pulmonar, doença da membrana hialina e prematuridade extrema.

Foi realizada solicitação judicial pelos pais, contra o hospital, o plano de saúde e contra a médica assistente para reparação de danos morais e materiais, pelos maus resultados obstétricos, pela histerectomia e pelo óbito do gemelar B, com o adicional da pensão vitalícia da menor sobrevivente até a morte ou 70 anos de idade.

A perícia médica realizada no processo foi baseada na análise dos documentos existentes nos autos, pela anamnese e exame físico direcionado ao objeto da perícia, na literatura médica pertinente e na análise das informações prestadas pelos pares, com raciocínio técnico pericial desenvolvido nestes fundamentos.

A linha de tempo desenvolvida dos fatos pelo perito foi a seguinte:

Às 08:28h: paciente deu entrada no hospital e foi avaliada pelo plantonista, ausência de registro, história clínica ou exame físico realizado.

Às 09:31h: evolução da médica assistente com diagnóstico de gestação gemelar 26 semanas com sangramento vaginal e trabalho de parto prematuro.

Às 09:46h: solicitação de ultrassom obstétrico com doppler em nome da médica assistente e assinada pelo plantão.

Às 11:31h: liberação de laudo do ultrassom.

Às 12:31h: hemograma Hb -11,1 g/dl; hematócrito de 31%; 13.530 leucócitos por mm³ e plaquetas 144.000 mm³

Evolução da enfermagem às 12:37h relatando o internamento por sangramento, com a paciente em estado de ansiedade e em repouso absoluto no leito.

Às 17:02h: avaliação da médica assistente, onde descreve o diagnóstico de descolamento prematuro placentário, indicando o tratamento cirúrgico de urgência.

Às 18:06h: prescrição pré-cirúrgica realizada pela médica assistente.

Às 18:30h: hemograma -Hb 10,3 g/dl, hematócrito de 28%; 12.210 leucócitos por mm³ plaquetas 137000 mm³ TAP 27,7 segundos.

Às 19:20h: iniciada a cirurgia.

O prontuário mostra que houve uma avaliação médica no início da manhã e outra depois das 17h00min, sem evoluções dos registros de monitorização materna-fetal neste intervalo.

O quadro clínico de descolamento placentário em gestação de 26 semanas foi confirmado em ultrassonografia com a presença de hematoma, com verificação médica no final da tarde, o que impõe a resolução imediata do quadro na presença de fetos vivos. Na avaliação pericial, conclui-se que embora tenha se prolongado o período entre o diagnóstico por imagem e a decisão da interrupção não existem elementos para que se afirme comprometimento fetal além dos próprios causados pela prematuridade extrema.

3 DISCUSSÃO

O descolamento prematuro da placenta é considerado uma emergência obstétrica que consiste na separação intempestiva da placenta normalmente inserida no corpo uterino, antes do nascimento do feto em gestação de 20 semanas ou mais. (REZENDE, 2022). Portanto não se trata do descolamento normal pós-parto, como na dequitação normal. A incidência varia de 0,4 a 1,8%, atingindo até 1 em cada 75 a 225 partos. (HURT, 2011).

Sua fisiopatologia é por início de sangramento dentro da decídua basal, em seguida a decídua se desprende deixando uma camada fina aderida ao miométrio, como consequência o processo começa como um hematoma decidual e se expande até causar o desprendimento e compressão da placenta adjacente. (CUNNINGHAM, 2016).

É uma das principais causas de hemorragia da segunda metade da gestação, sendo responsável por altos índices de morbiletalidade materna e perinatal. (URBANETEZ, 2016). Sua incidência vem aumentando progressivamente nas últimas décadas com a maior frequência de gestações em idade materna avançada, maior prevalência de gestantes com hipertensão arterial e outros fatores de risco. (CUNNINGHAM, 2016). Foi descrita em 1775 e tem grande potencial de morbidade e mortalidade materna e fetais apresentando maior incidência de complicações como coagulopatias, hemotransfusões, histerectomia e infecções puerperais. (ZUGAIB, 2023). O hematoma formado pode ser pequeno e autolimitado ou pode progredir e dissecar a interface placenta-decídua levando a uma separação quase completa ou completa desta (separação total). A placenta separada não é capaz de manter sua função de troca de gases e nutrientes, ficando o feto progressivamente comprometido na medida em que esse processo evolui.

Os fatores de risco relacionados classicamente são a hipertensão arterial, rotura prematura de membranas ovulares, trombofilias hereditárias, trauma, tabagismo, gestação múltipla, multiparidade, descolamento placentário em gestação anterior, rápida decompressão uterina (polidrâmnio e leiomioma uterino) e malformações uterinas e placentárias. (ZUGAIB, 2023). Outros fatores também são associados, como: idade materna avançada, cesáreas prévias, uso de cocaína e crack, brevidade absoluta ou relativa de cordão, e mais

recentemente tem sido associada com asma, hipotireoidismo, anticorpo antiperoxidase elevado, restrição de crescimento intraútero. (MARTINS, 2017). O comprometimento fetal advém da perda do mecanismo de trocas de gases e nutrientes e é proporcional a extensão da área descolada.

A ocorrência de óbito fetal intrauterino está associada a descolamento superior à 50% de área descolada da placenta. É diagnóstico diferencial em toda gestante com dor abdominal, contrações e sangramento vaginal, que pode ser discreto. É importante que se avalie diferenciadamente de trabalho de parto, placenta prévia, ruptura uterina e hematoma subcoriônico, com atenção especial na necessidade acompanhamento materno fetal mais rigoroso pois podem levar a descolamento placentário. (REZENDE, 2022).

A incidência de morbiletalidade fetal é agravada devido a idade gestacional, onde a prematuridade se soma aos efeitos da hipóxia e acidose a que os fetos com descolamento estão expostos. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, podendo se apresentar sob vários graus de gravidade e apresentar níveis variados de dificuldade diagnóstica. (MARTINS, 2017).

O diagnóstico de descolamento prematuro da placenta requer vigilância materno e fetal rigorosa e, em casos de suspeição clínica, as condutas devem ser individualizadas e dependentes do comprometimento tanto materno quanto fetal, da idade gestacional, onde seu diagnóstico requer conduta ativa com interrupção da gestação. Em casos assintomáticos cujos únicos indícios são achados ultrassonográficos, podem ter uma conduta conservadora pois pequenos descolamentos sem repercussões poderiam ser acompanhados, sendo descritos por alguns como descolamento de placenta crônica. (REZENDE, 2022).

No descolamento prematuro da placenta o processo tende a ser evolutivo, e que após iniciado provoca de forma variável contrações uterinas persistentes que se manifestam clinicamente por hipertonia uterina, hipersensibilidade uterina e sangramento vaginal, sendo importante salientar que os sinais e sintomas podem variar consideravelmente, podendo levar a quadros de sangramentos de quantidade profusa, ainda que a separação da placenta possa não ser tão ampla a ponto de comprometer o estado fetal. Em outras gestantes pode não haver sangramento vaginal externo, mas a placenta pode estar descolada o suficiente

para comprometer e levar ao óbito fetal, quadro que se denomina descolamento prematuro da placenta oculto. (CUNNINGHAM, 2016).

Nos casos de descolamento placentário grave o diagnóstico tende a ser evidente, mas infelizmente os tipos mais comuns podem não ser detectados com certeza, não existindo exames laboratoriais ou outros métodos para confirmar com precisão os graus mais brandos. A ultrassonografia normalmente tem pouca utilidade porque a placenta e os trombos recentes podem ter a mesma aparência, tendo somente valor preditivo positivo no achado de hematomas.

Outros exames de imagem como tomografia computadorizada e ressonância magnética não são utilizados rotineiramente na gestação. A ressonância magnética poderia ter melhor aplicabilidade, mas em relação ao custo-benefício e principalmente a sua disponibilidade, seu uso ainda é limitado. (REZENDE, 2022).

Em um acompanhamento de gestações com fetos prematuros extremos onde houve conduta expectante, foi relatado estudo com 256 mulheres com descolamento prematuro da placenta com idade gestacional inferior a 28 semanas de gestação (SABOURING E COLS, 2012) conseguiram um intervalo de ganho de tempo de 1,6 semanas onde 65% deram a luz com menos de 29 semanas e 59% das mulheres foram submetidas a cesariana de emergência, mas infelizmente mesmo com a monitorização fetal contínua, não se garante resultados satisfatórios, pois uma separação abrupta adicional pode levar ao sofrimento fetal e ao óbito intrauterino. O descolamento clinicamente evidente contraindica o tratamento conservador. (REZENDE, 2022), (CUNNINGHAM, 2016).

No caso em tela, devido a prematuridade extrema e o feto B apresentando restrição de crescimento intrauterino, gestação com 26 semanas em que o quadro diagnosticado inicialmente na internação como trabalho de parto prematuro com sangramento vaginal, onde o processo evoluiu para um descolamento placentário, e que clinicamente pode não ter sido evidente até o início das contrações e aumento do sangramento que foram relatadas, e que se supõe o aumento no final da tarde, o quadro clínico que pode ter dificultado a decisão; porém a presença do hematoma visualizado no ultrassom apontou fortemente para o diagnóstico, assim como a persistência do sangramento ou seu aumento, que indicam a progressão do descolamento. Então, as medidas

devem ser tomadas prontamente, uma vez que a velocidade de descolamento é variável, não se podendo definir exatamente a resistência dos fetos ao processo de diminuição da oxigenação e dos nutrientes.

Como não houve o preenchimento dos dados no prontuário, não se permitiu realizar o raciocínio de manter uma conduta expectante devido a prematuridade extrema, em uma paciente estável e sem sinais de contrações uterinas e sangramento, com fetos com boa vitalidade.

Assim como o resultado do hemograma materno, em nenhum dos dois exames realizados indicou-se alterações significativas ou coagulopatia antes do procedimento. Como ponto indiscutível de bem-estar dos fetos, tem-se o doppler realizado no fim da manhã, com ambos os fetos com doppler normal, indicando a boa vitalidade fetal. Sabe-se que os prematuros têm menor resistência a eventos hipóxicos e, em particular, fetos com restrição de crescimento intrauterino; fato que poderia estar envolvido no óbito do gemelar B, que nasceu com 460g, com 2 dias de UTI neonatal, embora devido a prematuridade extrema com imaturidade dos órgãos e restrição de crescimento intrauterino, sendo fatores muito significativos na morbiletalidade fetal.

Não se pode precisar em que momento o descolamento prematuro da placenta pode ter interferido na vitalidade dos fetos ou como foi sua progressão, assim como clinicamente não foi possível avaliar e determinar pela falta de dados apresentados nos prontuários, a quantificação do sangramento. Mas somente após a reavaliação da paciente às 17h00min, e a partir deste momento, tomam-se todas as medidas para a interrupção da gestação pela cesárea de urgência, sendo realizada às 19h20min.

Na decisão do Juiz, embora a conclusão do perito não tenha encontrado dados que demonstrassem falha médica, e que a prematuridade extrema foi o fator que levou aos quadros de seqüela neurológica no feto A e óbito no feto B, foi definido que a demora na realização do parto cesáreo após o diagnóstico em exame de imagem liberado às 11h31min e a cesárea às 19h20min contribuiu para o mau desfecho do caso, o que demonstrou falha de prestação de serviço dos profissionais do hospital em prestar assistência à mãe, ao não realizar o parto cesáreo imediato ou a comunicar a médica assistente para tomar a decisão da interrupção após a realização do ultrassom que demonstrou o hematoma retro placentário, sendo que o raciocínio de que a conduta conservadora como a forma

mais segura para os fetos pela prematuridade extrema e no momento não se exigindo uma conduta emergencial, não pôde ser confirmado devido à ausência de registros do exame físico inicial, das evoluções médicas, e sem informações de volume de sangramento ou contrações uterinas que demonstrassem ser esta conduta a melhor a ser tomada, considerando-o como um quadro estável e, portanto, sem progressão do descolamento. Após o resultado do ultrassom, a ausência de registros de acompanhamento caracteriza a responsabilidade objetiva do hospital com nexo de causalidade verificado com a menor sobrevivente.

Em relação ao óbito do gemelar B foi considerado que o mesmo decorreu de prematuridade extrema e não relacionado com o intervalo entre o diagnóstico e a realização da cesárea, considerando que o principal fator do óbito foram as complicações da prematuridade. O procedimento de histerectomia corretamente realizado e decorrente de situação extrema vivenciada pela autora, bem como dos riscos de um parto precoce de gestação múltipla e descolamento placentário, com inexistência de elementos que indiquem a possível preservação de útero, ainda que a cesárea tivesse sido realizada algumas horas antes.

A responsabilidade do médico assistente não foi constatada, devido à ausência de registro pelo hospital de aviso do médico assistente do resultado do ultrassom, sendo considerado os cuidados da paciente como responsabilidade do plantão da maternidade. Responsabilidade do hospital objetiva com pagamento a título de danos morais de cento e cinquenta mil reais configurados e majorados, corrigidos monetariamente, e pagamento de pensão vitalícia ao menor sobrevivente até a morte ou até completar 70 anos de idade.

4 CONCLUSÃO

Conforme os dados avaliados que constam nos autos, concluiu-se que houve a presença denexo causal, com falha na assistência médica hospitalar em relação ao atendimento da gestante S. C, com gestação gemelar de 26 semanas em quadro de emergência obstétrica, em que o intervalo de tempo entre a confirmação por exame de ultrassom e a indicação do parto cesáreo de emergência por descolamento prematuro da placenta contribuiu com sequelas neurológicas permanentes no gemelar A, determinando responsabilidade objetiva do hospital. Desenvolve-se a sentença de danos morais no valor de cento e cinquenta mil reais e pensão vitalícia no valor de um salário-mínimo mensal contados desde o nascimento até o dia de seu falecimento.

5 REFERÊNCIAS

CUNNINGHAM et al; **Obstetrícia de Williams** 24 Ed, Porto Alegre Editora Artmed cap 41 pg 793-799 ; 2016 .

HURT K,J at al; **Manual de Ginecologia Obstetrícia do Johns Hopkins** 4 Ed Porta Alegre Editora Artmed cap 10 pg 160-162 ; 2011.

MARTINS S,H et al; **Rotinas em Obstetrícia** 7 Ed; Porto Alegre; Editora Artmed; cap 18 pg 300-303 ;2017.

REZENDE,J et al; **Rezende Obstetrícia** ,14 Ed ; Rio de Janeiro ,Editora Guanabara Koogan ,cap 34 pg 368-372 ; 2022 .

URBANETEZ A,A et; al **Ginecologia Obstetrícia**;Porto Alegre Editora Manole cap 75 ; pg 1367-1379; 2016.

ZUGAIB ,M et al; **Zugaib Obstetrícia** Barueri-SP; 5 Ed; Editora Manole cap 40 ;pg 795-805; 2023.