

## ROTURA UTERINA PÓS-TRABALHO DE PARTO PREMATURO PROVOCADO

Giovanna Cecília Freitas Alves de Arruda<sup>1</sup>;  
Guilherme Antônio Freitas Alves de Arruda<sup>1</sup>;  
Cleide Aparecida de Freitas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico do Agreste

**Introdução:** A rotura uterina é uma complicação obstétrica grave decorrente do rompimento do miométrio durante a gestação ou trabalho de parto. Pode ser caracterizada como provocada ou espontânea e ser consequência de uma má condução obstétrica. Consta o relato de caso de uma adolescente que procurou terminar com uma gestação não planejada com orientações inadequadas e incompatíveis com a idade gestacional dela. **Objetivo:** Relatar um caso de rotura uterina pós trabalho de parto prematuro provocado. **Método:** Trata-se de um relato de caso baseado em informações coletadas de prontuário associadas a pesquisa bibliográfica. **Aspectos éticos:** Termo de consentimento informado assinado pela paciente. **Relato de caso:** M.A.S., 21 anos, primigesta com idade gestacional desconhecida, transferida da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para maternidade com o quadro de dor abdominal de forte intensidade e sangramento genital discreto após uso de 3 comprimidos de misoprostol 200 mg por via oral com o intuito de interromper a gestação, sob orientação de terceiros. No exame físico, notou-se abdome gravídico com sinais de irritação peritoneal à palpação; e ao exame obstétrico, dilatação de colo de útero de 8 cm, apresentação alta e ausculta fetal ausente. Assim, foi diagnosticada com abdome agudo hemorrágico e optou-se pela abordagem cirúrgica de emergência. No intra-operatório, foi evidenciada rotura longitudinal em parede uterina posterior com feto feminino sem sinais de vitalidade, pesando 1.710 g, e apresentando membros e parte da pelve na cavidade abdominal, além do restante do corpo e o polo cefálico na cavidade uterina. Foi realizada histerorrafia e reposição volêmica com cristaloides e dois concentrados de hemácias devido à presença de sinais de choque hipovolêmico após sangramento intenso e hemoglobina (Hb) de 6,1. Optou-se também pela inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) T de cobre e cobertura antibiótica com Clindamicina 2700 mg/dia e Gentamicina 240 mg/dia por 48h e reposição de ferro venoso. A paciente evoluiu com melhora do quadro clínico e hemodinâmico, estando com Hb de 8,5 e sem sinais de infecção, com alta após 4 dias do procedimento. **Discussões/ Conclusão:** O caso relatado evidencia a importância de uma abordagem imediata em situações de rotura uterina e, mais ainda, de sua prevenção. No Brasil, as síndromes hemorrágicas são a segunda causa de mortalidade materna obstétrica direta e se relacionam com falhas na assistência à saúde, vulnerabilidades sociais, e dificuldade no acesso a cuidados e procedimentos respeitosos.