

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 1/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021	Próxima revisão: 01/02/2023
		Versão: 1	

SUMÁRIO

1. DEFINIÇÃO.....	2
2. INCIDÊNCIA	2
3. IMPORTÂNCIA.....	2
4. ETIOLOGIA.....	2
4.1. Anormalidades do desenvolvimento do zigoto.....	2
4.2. Fatores maternos.....	2
5. FATORES DE RISCO.....	3
6. FORMAS CLÍNICAS/DIAGNÓSTICO/CONDUTA.....	3
6.1 Ameaça de abortamento.....	4
6.2 Abortamento completo.....	4
6.3 Abortamento incompleto.....	4
6.4 Abortamento Inevitável	5
6.5 Abortamento retido	5
6.6 Abortamento infectado.....	6
6.7 Abortamento habitual.....	8
6.8. Abortamento provocado.....	9
6.8.1. Abortamento legal por risco materno	9
6.8.2. Abortamento legal após estupro	9
6.8.3. Abortamento legal com malformação incompatível com a vida.....	10
6.8.4. Abortamento legal por anencefalia fetal.....	10
7. ANEXO	11
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
9. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	12

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 2/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021	Próxima revisão: 01/02/2023
		Versão: 1	

1. DEFINIÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, conceitua-se como abortamento a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação ou com peso fetal inferior a 500g. O produto da concepção eliminado no processo de abortamento é chamado aborto. O abortamento pode ser precoce, quando ocorre até a 12ª semana e tardio, quando entre 13ª e 22ª semanas.

2. INCIDÊNCIA

Mais frequente complicação da gestação precoce. A incidência diminui à medida que avança a idade gestacional. Entre 8% e 20% das gestações clinicamente reconhecidas serão perdidas, sendo que 80% das perdas ocorrem até 12 semanas de gravidez. Se considerados os abortos subclínicos a incidência se eleva para 13% a 26% das gestações.

3. IMPORTÂNCIA

Uma das principais questões de saúde pública pela alta incidência, inclusive na adolescência. Apesar da falta de dados confiáveis, existe alta morbimortalidade quando o aborto é provocado, sendo realizado de forma insegura, clandestinamente.

4. ETIOLOGIA

4.1. Anormalidades do desenvolvimento do zigoto

As anomalias cromossômicas causam pelo menos metade dos abortamentos. Em gestações anembrionadas o percentual chega a 90%. Em abortos entre oito e onze semanas é de 50%, diminuindo para 38% entre 16 e 19 semanas. As mais frequentes alterações detectadas são: trissomias autossômicas - 52% (16 [mais frequente], 13, 15, 21,22), monossomia X -19%, poliploidias - 22%, outras - 7%.

4.2. Fatores maternos

- » Mais comuns a partir da 13ª semana.
- » Infecções: Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, parvovírus B19.
- » Doenças sistêmicas: Diabetes, lúpus eritematoso sistêmico.
- » Alterações hormonais: Hipo e hipertireoidismo, insuficiência do corpo lúteo
- » Deficiência de progesterona.
- » Uso abusivo do fumo e álcool.
- » Intoxicação: Chumbo, arsênio, benzeno, etc.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 3/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

- » Medicamentos teratogênicos: Talidomida, antiblásticos, antagonistas do ácido fólico, etc.
- » Fatores imunológicos: Trombofilias adquiridas (síndrome do anticorpo antifosfolípide) e hereditárias.
- » Procedimentos invasivos: Biópsia de vilos coriais, amniocentese.
- » Anormalidades uterinas:
 - » Adquiridas: Miomas, sinéquias, incompetência istmo-cervical (IIC).
 - » Congênitas: Útero unicorno, bicorno, septado, IIC.

5. FATORES DE RISCO

- » Idade materna avançada é o mais importante fator de risco (35 anos - 20%, 40 anos - 40%, 45 anos - 80%).
- » Paridade: 5% primíparas. 14% multíparas.
- » Abortamento prévio.
- » Cariótipo anormal do casal: Quando presente é o fator de risco mais importante.
- » Tabagismo – alcoolismo.
- » Consumo de drogas ilícitas.
- » Índice de massa corpórea < 18,5 Kg/m² ou > 25 Kg/m².

6. FORMAS CLÍNICAS/DIAGNÓSTICO/CONDUTA

O abortamento pode ser classificado de várias formas:

- Abortamento espontâneo: é a perda involuntária da gestação.
- Ameaça de abortamento: é a ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada sem eliminação de tecidos ovulares.
 - Abortamento completo: quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada.
 - Abortamento incompleto: quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado.
 - Abortamento inevitável: quando há sangramento e dilatação cervical, mas ainda não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.
 - Abortamento retido: quando ocorre a morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 4/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

- Abortamento infectado: é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite.

- Abortamento habitual: perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

- Abortamento provocado

Toda gestante com sangramento vaginal no 1º trimestre deve ser submetida a exame abdominal, exame especular e toque. Quando o colo estiver fechado ou houver dúvida no diagnóstico, está indicada uma ultrassonografia para avaliação das condições do saco gestacional (com ou sem descolamento) e do embrião (com ou sem batimentos).

6.1 Ameaça de abortamento

O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. Para este diagnóstico é necessária uma ultrassonografia, que pode não ter alterações ou identificar área de descolamento ovular, com vitalidade embrionária. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

Não há evidências de benefício do uso da progesterona nesses casos, pois não modifica o curso da gravidez. Os casos de insuficiência de corpo lúteo são raros, precisando de confirmação diagnóstica para essa indicação.

6.2 Abortamento completo

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassonografia, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Administrar imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

6.3 Abortamento incompleto

O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 5/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultrassonografia confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intrauterina (AMIU), por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. O tratamento alternativo, na indisponibilidade de AMIU ou curetagem, estando o colo pérvio, é misoprostol 400 a 600µg via sublingual ou 400 a 800 µg via vaginal.

Em gestações com mais de 12 semanas pode-se realizar a curetagem uterina cruenta. Uma conduta opcional é administrar misoprostol 800 µg, via vaginal, dose única. Em sete dias, recomenda-se confirmar o esvaziamento uterino por ultrassonografia.

Administrar imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

6.4 Abortamento Inevitável

- » Sangramento mais intenso, com coágulos, cólicas mais fortes que na ameaça de aborto.
- » Útero compatível com a idade gestacional.
- » Colo uterino pérvio (material ovular pode ser identificado no canal cervical).
- » Diagnóstico: Essencialmente clínico (ultrassom e dosagens hormonais são desnecessários).
- » Conduta: Internamento e acesso venoso, se necessário.
- » Solicitar hemograma completo, ABO/Rh, VDRL, Anti-HIV.
- » Administrar imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).
- Gestação ≤ 12 semanas:
 - Curetagem uterina cruenta ou por aspiração manual intrauterina (AMIU).
- Gestação > 12 semanas:
 - Antes da expulsão: Ocitocina em esquema de macro-infusão: 20UI em 500 ml de solução glicosada 5%, 20gts/min (ou 60 ml/h em bomba de infusão), adicionando-se 10UI de ocitocina para cada 100 ml infundidos ou misoprostol 200 mcg, a cada 6h, no fundo do saco vaginal.
 - Após expulsão: Curetagem uterina.

6.5 Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassonografia revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 6/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

A paciente deve ser internada, um acesso puncionado, se necessário for e alguns exames laboratoriais devem ser solicitados, tais como: Hemograma completo, ABO/Rh, VDRL, anti-HIV. Deve-se administrar imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

Em gestações com menos de 12 semanas, utiliza-se o misoprostol, 1 comprimido de 200µg, via vaginal, dose única, para preparo do colo. Após 4 horas, realizar o esvaziamento uterino por AMIU ou curetagem. Também pode ser usado o misoprostol 4 comprimidos de 200µg, via vaginal, a cada 3 horas (2 doses) de acordo com o protocolo da FIGO 2017 ou 4 comprimidos de 200µg, via vaginal, a cada 12 horas (3 doses no máximo) segundo protocolo assistencial multiprofissional da Maternidade Cândido Mariano.

Entre 13 e 17 semanas de gestação, sugere-se o emprego de 200µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses.

Entre 18 e 22 semanas, a dose recomendada é 100µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses. Se necessário, repetir após 24 horas da última dose.

Após a expulsão, havendo suspeita de restos ovulares ou placentários remanescentes, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros pequenos, compatíveis com menos de 12 semanas, também pode ser utilizada a AMIU.

Solicitar histopatológico para descartar doença trofoblástica gestacional.

6.6 Abortamento infectado

Com muita frequência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras de abortamento provocado. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal, gram negativas e anaeróbias. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

Os seguintes exames são necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de plaquetas, urina tipo I, coagulograma, função renal e hepática, hemocultura, cultura da secreção vaginal e do material endometrial (aeróbios e anaeróbios), raios-x do abdome, ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total e tomografia, principalmente para definir coleções intracavitárias. No tratamento, é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%.

Iniciar antibioticoterapia de largo espectro, junto com as medidas de suporte.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 7/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

1ª escolha: Clindamicina 900mg, EV, 8/8h, associada à Gentamicina 1,5mg/Kg, EV, em dose única (não ultrapassar 240mg). Se não houver resposta adequada associar Ampicilina 2g, EV, 6/6h.

2ª escolha: Ampicilina 2g, EV, 6/6h, associada à Gentamicina 1,5mg/Kg, EV, em dose única (não ultrapassar 240mg), associada ao Metronidazol 500mg, EV, 8/8h.

Outros esquemas de tratamento associam anaerobicida com cefalotina 1g IV de 6/6 horas. O esquema intravenoso será mantido até que se completem 48 horas sem febre ou sintomatologia clínica, quando será introduzida medicação oral por 7 a 10 dias (cefalexina 500mg de 6/6 h e metronidazol 400mg de 12/12 h) nos casos de infecções por estafilococos ou se hemocultura presente positiva. Pode ser dada alta hospitalar um dia após a introdução da medicação oral. Fazer imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação de até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intrauterina (AMIU), por apresentar menores taxas de complicações, reduzir a necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina 20U diluídas em 500ml de Soro Fisiológico ou Ringer lactato.

Nos casos mais graves em que ocorre manutenção ou piora do quadro clínico, deve-se investigar:

- Persistência de restos ovulares
- Abscesso pélvico
- Outro sítio infeccioso
- Tromboflebite séptica

- Choque séptico: Lembrar da etiologia por E. coli, bacteróides, Clostridium (este pode levar a quadro de anemia hemolítica fulminante e insuficiência renal).

- Falência de melhora com antibioticoterapia e esvaziamento uterino: Considerar laparotomia e histerectomia, se afastada outras causas.

A persistência de febre após 48 horas dos cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Convém lembrar que a tromboflebite pélvica séptica é diagnóstico raro e de exclusão (só pode ser firmado após se afastar outras causas de persistência da febre). Nesse caso, indica-se a utilização da heparina como teste terapêutico sem, no entanto, se suspender a antibioticoterapia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 8/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021	Próxima revisão: 01/02/2023
		Versão: 1	

6.7 Abortamento habitual

» Conceito: Presença de três ou mais abortos consecutivos.

» Risco após três perdas consecutivas: 30% a 45%.

» Incidência: 0,5% a 3% dos casais.

» Etiologia: só é encontrado um diagnóstico em 50% dos casos.

• Fatores genéticos

▪ Cerca de 3% a 8% dos casais possuem anomalias cromossômicas identificáveis. Cariótipo do produto da concepção: orienta futuras gestações.

▪ Em geral, abortos precoces.

• Fatores anatômicos

▪ 9% a 16% dos casos.

▪ Final do 1º e início do 2º trimestre: sinéquias, septos, útero unicorno, bicorno, Didelfo.

▪ Incompetência istmo-cervical

- Abortos tardios.

- Idade gestacional progressivamente menor. Sangramento variável, em geral, discreto. Cólicas leves ou ausentes. Feto vivo.

- Precedido frequentemente de ruptura prematura das membranas.

- Etiologia: Idiopática, malformação uterina, cirurgias prévias do colo uterino (conização, Manchester), manobras tocúrgicas intempestivas.

- Diagnóstico:

* História clínica.

* Fora da gestação: Dilatação cervical diagnosticada através da histeroscopia, histerossalpingografia ou pela permeabilidade do colo com a vela de Hegar nº 08.

* Durante a gestação: Suspeita com ultrassonografia com medida longitudinal do colo uterino < 2,5cm.

* Outras alterações mais tardias: Afunilamento do colo uterino, imagem em dedo de luva (membranas ovulares herniadas).

* História clínica sugestiva, sem diagnóstico prévio e com ultrassonografia normal: fazer ultrassonografia seriada com objetivo de evidenciar encurtamento do colo.

* Conduta: Cerclagem uterina (técnica de McDonald).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 9/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

* Época ideal: 14 a 16 semanas de gestação. Se diagnosticada em idade gestacional mais tardia (até 28 semanas), o procedimento pode ser tentado.

• Fatores Endócrinos:

- Insuficiência fase lútea

- Muitas vezes associada à hiperprolactinemia, endometriose, hipotireoidismo, defeitos anatômicos do útero.

- Abortamentos precoces (entre a 4ª e 8ª semanas). Progesterona: sem benefício comprovado.

- Diabetes, hipotireoidismo: Somente formas sintomáticas aumentam o risco.

• Fatores Imunológicos:

- Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF): 15% a 20%.

• Fatores Infeciosos:

- Não são incluídos nas causas do abortamento habitual.

• Idiopático: Não se define a causa em cerca de 50% dos casais.

6.8. Abortamento provocado

» Illegal no Brasil, exceto em gestação decorrente de estupro ou por risco materno.

» Quando realizado clandestinamente é alta a morbimortalidade materna por perfuração uterina e de vísceras abdominais, hemorragia, infecção localizada ou sistêmica, choque séptico. É causa frequente de esterilidade.

6.8.1. Abortamento legal por risco materno

- » Laudo de dois obstetras e um especialista na patologia que motiva a interrupção.
- » Consentimento informado da gestante e familiares.
- » Não é necessário comunicar ao CRM.
- » É necessária a notificação à comissão de ética do hospital.
- » Fazer imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

6.8.2. Abortamento legal após estupro

- » Atendimento por equipe habilitada ou por serviço de referência.
- » Decisão formal por interrupção.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 10/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

- » Não é necessário laudo de IML ou autorização judicial
- » Solicitar: VDRL, Anti-HIV, HbsAg, ABO/Rh.
- » Assinar consentimento informado (se < 14 anos: Pais ou responsável legal)
- » Material deve ser acondicionado em freezer para DNA se a justiça solicitar.
- » Fazer imunoglobulina anti-D se Rh (-), parceiro Rh (+).

6.8.3. Abortamento legal com malformação incompatível com a vida

- » Jurisprudência: Interrupções realizadas com autorização judicial (Ministério Público).
- » Após confirmação diagnóstica, deve-se entrar com processo junto ao Ministério Público, com laudo médico ultrassonográfico assinado por três profissionais do serviço de Medicina Fetal e com autorização familiar para realizar a interrupção da gestação. Aguardar parecer da Justiça. Interrupção somente diante de parecer favorável.

6.8.4. Abortamento legal por anencefalia fetal

(CONFORME RESOLUÇÃO 1.989/2012 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308 e 309)

Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir.

Procedimentos para interrupção da gestação

» Preparar documento de consentimento informado, assinado pela gestante ou seu representante legal, que conste risco de recorrência da anencefalia, encaminhamento para programa de planejamento familiar e recomendação de uso de ácido fólico com o objetivo de reduzir a recorrência da anencefalia.

» Anexar laudo da ultrassonografia assinado por dois médicos e que contenha duas fotografias, identificadas e datadas.

- Uma com a face do feto em posição sagital
- Outra, com a visualização do pólo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 11/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021	Próxima revisão: 01/02/2023
		Versão: 1	

- » O consentimento informado e o laudo ultrassonográfico devem ser anexados ao prontuário.
- » Forma de interrupção – indicação obstétrica

7. ANEXO

< 13 semanas de gestação	13-26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ⁸	Uso pós-parto
Interrupção da gravidez^{1,2,3} 800 µg VSI a cada 3 horas ou VV*/VB a cada 3-12 horas (2-3 doses)	Interrupção da gravidez^{1,4,5} 13-24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB a cada 3 horas ⁶ 25-26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ⁷	Interrupção da gravidez^{1,4,8} 27-28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ¹⁰ > 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP)^{11,12} 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HPP¹¹ (perda de sangue aprox. ≥ 350 ml) 800µg VSI (x1)
Aborto retido³ 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)	Morte fetal^{1,4,13,14} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4-6 horas	Morte fetal^{1,8} 27-28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas ¹ > 28 semanas: 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas ⁸	Tratamento da HPP^{11,12} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{1,3,14} 800 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400-800 µg VV* (x1)	Aborto inevitável^{1,3,14,15} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas	Indução do parto^{1,3,14} 25 µg VV* a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas	
Preparação cervical para aborto cirúrgico¹ 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou VV* 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para aborto cirúrgico¹ 13-19 semanas: 400 µg VV 3-4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades		

Referências

- WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014.
- Wentworth et al. Lancet. 2002; Shafrin et al. 2010 PAFAC abstract.
- Comak-Ovuliskan et al. LUGO, 2007.
- Savay et al. Human Reproduction, 2015; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010.
- Dabashi et al. LUGO, 2015.
- Periti et al. Contraception, 2013.
- Mart et al. LUGO, 2015.
- WHO recommendations for induction of labour, 2011.
- FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012.
- Regisvari et al. LUGO, 2015.
- FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012.

Notas

- Se a misoprostol estiver disponível (preferencial), siga o regime posológico prescrito para misoprostol + misoprostol.
- Incluído na Lista Básica de Medicamentos Essenciais da OMS.
- No caso de aborto incompleto/indefinido, a mulher deve receber um tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data da última menstruação (LUM).
- Deixar agir até 30 minutos (1) ou 2 semanas após no caso de hemorragia excessiva ou infecção.
- Pode ser administrada uma dose adicional caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal.
- Vários estudos mostram a segurança e eficácia, e maioria das mulheres apresentaram expulsão total antes da utilização das 5 doses, mas alguns estudos continuam para além das 5 doses e obtiveram uma taxa de sucesso total superior sem problemas de segurança.
- Incluído entre as membranas quando parto for indicado.
- Segun a protocolo local no caso de omissão prévia ou ausência de última menstruação.
- Se o agente estiver disponível comprimidos de 200µg, podem ser preparadas doses inferiores dissolvendo-o em água (ver www.misoprostol.org).
- Se não estiver disponível sublingual ou se as condições de conservação forem inadequadas.
- Opção para programas comunitários.

Via de administração

VV: via vaginal
VSI: sublingual (por baixo da língua)
VO: oral
VB: bucal (entre a bochecha)

* Entre VV (via vaginal) no caso de hemorragia e/ou sinais de infecção.

A via oral não está incluída como via recomendada devido ao perfil farmacocinético não estar associado a melhor eficácia por esta via.

Tabela 1. Regimes recomendados pela FIGO do uso do Misoprostol isoladamente

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bartz, Deborah A MD, MPH, Blumenthal, Paul D MD. **First-trimester pregnancy termination: Medication abortion** – UpToDate

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. **Abortamento**. p.45-49.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 12/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Maternidade Escola Assis Chateaubriand.
Abortamento. Cap.1

Recomendações para uso do misoprostol. FIGO 2017.

Shih, Grace MD, MAS, Wallace, Robin MD, MAS. **First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration** – UpToDate.

Uso de Misoprostol. Protocolo Assistencial da Maternidade Candido Mariano.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Paula Angélica de Araújo Alves Lopes SIAPE: 2199506 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 01/02/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.016 - Página 13/13	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 01/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 01/02/2023

Validação Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS	ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Aprovação Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde	ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Paula Angélica de Araújo Alves Lopes, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.016.



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 30/06/2021, às 09:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 25/08/2021, às 18:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Angélica de Araújo Alves Lopes, Médico(a)**, em 26/08/2021, às 15:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14550141** e o código CRC **D9469783**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21

SEI nº 14550141

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO (14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);
- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);
- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO (14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);
- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);
- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ (14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);
- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ (14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);
- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO (14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);
- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE (15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);
- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL (15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);
- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE (15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);
- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);
- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA (15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);
- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL (15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);
- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);
- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA (15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ (15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ (15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA (15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL (15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568